



Masteroppgave

ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

**Standardiserte helhetlige pasientforløp - behov for
supplerende tiltak**

Forfatter: Inger Stokke

Totalt antall sider inkludert forsiden: 126

Molde, 21. mai 2014



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 45

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21. mai 2014

Forord

Denne oppgaven er skrevet innenfor rammen av faglig ledelse og utviklingspunktet er fra spesialisthelsetjenesten. Den omhandler enhetslederens ledelsesperspektiv og utfordringer i forbindelse med implementering av helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Før samhandlingsreformen trådte i kraft var arbeid med å iverksette «standardisering av pasientforløp» i helseforetakene allerede i gang. Slik jeg ser det, ble da verktøyet i hovedsak omtalt som et mer instrumentelt kvalitetsforbedringsredskap, i den hensikt å først og fremst kvalitetssikre tjenestene i sykehusene, for så etter hvert å inkludere kommunehelsetjenestene for å sikre koordinering gjennom hele pasientforløpet.

Standardisering av pasientforløp ser ut til å «ha kommet for å bli». Som enhetsleder innenfor området kreftomsorg og behandling, må jeg innrømme at jeg til tider har vært skeptisk til såkalt «standardisering» av pasientbehandling, og reflektert over om dette er «den rette medisin» mot «sykdommen» pasientenes opplevelse av for lite sammenheng og for mange «brudd» i tjenestene. Det har derfor vært særdeles nyttig for meg å kunne studere dette området av helsetjenesten nærmere.

Min tilnærming til implementering av pasientforløp i oppgaven, er som dere forstår, ikke det instrumentelle verktøyet standardisering av pasientforløp, men i analysedelen, basert på funn om «drivkrefter» og «frivillig» samspill i organisasjonen, vis fokuset heller mot hvilke supplerende tiltak en enhetsleder kan gjøre for å optimalisere forventningene i samhandlingsreformen. Stikkord her er sykepleiere, spesialsykepleiere, samhandlingskompetanse, å lede etter verdier og å stille spørsmål om: Hva skal vi skape i klinisk praksis? Hvilke endringsstrategier er aktuelle?

Arbeidet med oppgaven har gått over lang tid, så dataene er ikke ferske, men likevel mener jeg at de på mange områder gjenspeiler dagens virkelighet. Samhandlingsreformen er mer en retningsreform, og helsetjenestens endringer skjer ikke så fort; jeg sitter igjen med en følelse av at det som enhetsleder har vært særdeles lærerikt å «leve med samhandlingstankegangen» i perioden som arbeidet har vært underveis.

Data fra undersøkelsen i denne oppgaven er ment å bidra inn i prosjektet »Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi». Prosjektet er et samarbeid mellom representanter fra helsetjenesten i 5 kommuner, høgskole og helseforetak, og dette prosjektets resultatomål er at det skal utarbeides helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene.

Som utdannet sykepleier, og etter å ha lest boka «Bedre planlegging i helsesektoren» av Morten Skjørshammer, ble det naturlig å velge systemteori som teorigrunnlag for

oppgaven. Jeg kjente ikke teorien godt fra før, og er utrolig takknemlig for at «dypdykk» i hans beskrivelser av blant annet helhet og del, grenser og grenseregulering, har bidratt til å utvide mine perspektiv i forhold til organisasjons- og ledelsesforståelse i helsetjensten. Denne oppgaven hadde nok ikke blitt til uten at en hel del andre personer hadde stilt opp og bidratt til å legge forholdene til rette slik at jeg kunne gjennomføre dette prosjektet. Veileder Turid Aarseth ved Høgskolen i Molde fortjener en stor takk for godt samarbeid. Arbeidskollega er gode klinikere, diskusjonspartnere og støttespillere; dere er uunnværlige – takk skal dere ha for utholdenhet og fleksibilitet. Og sist men ikke minst vil jeg takke familien min, med mannen min Eivind i spissen, som har skapt handlingsrom på hjemmebane; det er en god gave. Tusen takk alle sammen!

Kristiansund, mai 2014

Inger Stokke

Sammendrag

Problemstilling: Denne oppgaven søker å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Idealene i samhandlingsreformen er blant annet bedre koordinering av tjenester og fokus på mer helhetlige pasientforløp. Mitt utkikkspunkt er hos ansatte ved to lokalsykehus og jeg ønsker å belyse samspillet mellom de eksterne og interne forventningene som er knyttet til implementering av helhetlige pasientforløp for kreftpasienter. Datainnsamlingen (kvantitativ metode) er foretatt i forkant av Samhandlingsreformen, så jeg har i første rekke data om "frivilling" kryssing av grensene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Problemstillingen er konkretisert i følgende delområder:

- 1. **Strukturperspektiv:** Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i helseforetak og kommune*
- 2. **Samhandlings- og grenseperspektiv:** Hva er idealene i samhandlingsreformen og hvilke realiteter ligger i spørreskjemasvarene?*
- 3. **Ledelsesperspektiv:** Hvilke utfordringer står enhetsleder overfor, sett i forhold til en strukturkontekst og forventningene i samhandlingsreformen? Hvilke endringsstrategier er aktuelle?*

Oppgaven begrenses til å omhandle faglig ledelse. Morten Skjørshammers (2009) operasjonalisering av systemteori i planlegging av helsetjeneste, med blant annet sentrale begrep som helhet – del og grenser, er brukt som teorigrunnlag for diskusjonen. Samhandlingsreformens forventninger er bedre koordinering og mer helhetlige tjenester mellom nivåene i helsetjenesten, og helseforetakets toppledelse »svarer« blant annet på oppdraget med et instrumentelt verktøy i form av standardisering av arbeidsprosesser via helhetlige pasientforløp. Et funn jeg har valgt å vektlegge fra spørreskjemasvarene, er en tendens til at sykepleiergruppen tar mer ansvar for samhandlingen med kommunene enn legene. Er det fordi sykepleiere allerede har utviklet samhandlingskompetanse i kraft av sin profesjon? Og kan det bety at tiltak for å mobilisere samhandlingskompetansen hos sykepleiergruppen kunne ha vært et «supplerende verktøy» i tillegg til standardisering av arbeidsprosesser, for å bidra til å optimalisere målene i samhandlingsreformen.

1 TEMA OG PROBLEMSTILLING

1.1 Bakgrunn og tema for oppgaven

1.2 Problemstilling

1.3 Oppgavens disposisjon

2 TEORI

2.1 Innledning

2.2 Forarbeidene til samhandlingsreformen

2.2.1 Om pasientforløp i forarbeidene til samhandlingsreformen

2.2.2 Eksempel på en pasienthistorie

2.2.3 Hva er et godt forløp innen kreftomsorgen

2.3 Helseorganisasjoner som system

2.4 Helseorganisasjonen – systemteoretisk perspektiv

2.4.1 Systemteori

2.4.2 Helhet og del

2.4.3 Organisasjoner som systemer

2.4.4 Samspill og avhengighet

2.4.5 Mangesidig årsakstenkning

2.4.6 Struktur og prosess

2.4.7 Innsatsfaktorer – transformasjonsprosesser – resultatfaktorer

2.4.8 Nivåer: Oversystem – system – undersystem

2.4.9 Undersystemer i organisasjoner

2.4.10 Åpne og lukkede systemer

2.4.11 Åpne og lukkede grenser

2.4.12 Begrensninger

2.4.13 Stabilitet i systemet

2.4.14 Tilbakemelding (feedback)

2.4.15 Entropi

2.4.16 Ekvifinalitet

2.4.17 Kompleksitet og irrasjonalitet

2.4.18 Noen innebygde konflikter i organisasjoner

2.4.19 Evaluering av systemets output-nivå

2.4.20 Hvordan holdes helseorganisasjonen sammen som system

3 METODE

3.1 Innledning

3.2 Kvalitativ metode

3.3 Kvantitativ metode

3.4 Metodevalg

3.5 Valg av respondenter

3.6 Utforming av spørreskjema og praktisk gjennomføring

3.7 Dataanalyse

3.8 Undersøkelsens kvalitet

3.8.1 Innledning

3.8.2 Reliabilitet

3.8.3 Validitet

3.8.4 Selvrefleksjon og forforståelse

3.8.5 Etisk ansvar

4 ANALYSE

4.1 Innledning

4.2 Strukturperspektiv – helsetjenestens ledelsesstrukturer

4.2.1. Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i helseforetak

- 4.2.2 Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i kommunehelsetjenesten
- 4.3 Samhandlings- og grenseperspektiv
 - 4.3.1 Hva er idealene i samhandlingsreformen
 - 4.3.2 Reformens tre hovedutfordringer
 - 4.3.3 Reformens fem hovedgrep
 - 4.3.4 Hvilke realiteter ligger i spørreskjemasvarene
- 4.4 Ledelsesperspektiv
 - 4.4.1 Innledning
 - 4.4.2 Ledelsesperspektiv
 - 4.4.3 Hvilke endringsstrategier er aktuelle
 - 4.3.4 Erkjennelse
- Vedlegg: Spørreskjema

1 TEMA OG PROBLEMSTILLING

1.1 Bakgrunn og tema for oppgaven

Som enhetsleder i helsetjenesten i en årrekke, har jeg kontinuerlig stått i, eller sett, de utfordringer som det er å skulle sy sammen gode og forsvarlige helsetjenester for kreftpasienter og pårørende på tvers av nivåene. Målet har vært å bidra til å skape sammenhengende tjenester som er tjenlige, og som er slik at pasientene opplever å bli sett og anerkjent som *hele* mennesker.

Helsetjenesten er komplekse organisasjoner der ulike kategorier helsepersonell, profesjoner, gjerne har forskjellig syn på hva som er «riktig medisin» i en gitt situasjon. Gjennom årenes løp har det vært mange fagdiskusjoner med hensyn til hvem som har ansvar for hvilke oppgaver, både internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt, i kommunehelsetjenesten. Kanskje har de største utfordringene vært i «overgangene», når grensene mellom nivåer i helsetjenesten skulle krysses. Trolig kan vi ha lett for å tenke: «ikke mitt bord», og skyve utfordringen videre uten å forsikre oss om at pasienten ikke blir skadelidende. Etter hvert er det kommet på plass ulike «systemer» (kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten, IKT, avtaler, felles opplæring, palliative team og palliative enheter i spesialisthelsetjenesten, palliative enheter i sykehjem, osv.) som støtter samhandling.

St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* ble vedtatt 19. juni 2009 og innført fra og med 1. januar 2012. I stortingsmeldingens forord skriver daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen om den norske helsetjenesten:

«Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den».

Et av de tiltakene som er ment å skulle avhjelpe situasjonen og som skisseres i samhandlingsreformen er *pasienten i sentrum for samhandling gjennom pasientforløpene*. Med denne uttalelsen forstår jeg at det i reformen anerkjennes at samhandling er viktig. Likevel var jeg spent på hvordan en ved hjelp av reformens tiltak ville «løse» utfordringen med «brudd» i pasientforløpene. Slike tanker har gitt meg inspirasjon til å finne tema og problemstilling for denne oppgaven.

Samhandlingsreformen er innført og lovverket stiller flere krav til utøvelsen av tjenesten, blant annet: *Pasientene skal ikke merke at de går fra et forvaltningsnivå til et annet;*

tilbudet til pasientene skal være sømløst og koordinert og en skal unngå brudd i overleveringene mellom nivåene.

Det er ikke tvil om at det er særdeles viktig å bli bedre på sammenhengende tjenester for pasientene; spesielt for de pasientgruppene som har behov for hyppige tjenester, og i denne gruppen befinner ofte kreftpasientene seg.

Reformen skal ikke bare oppfylle kravene om bedre kvalitet på tjenestene, forutsigbare tjenester, likeverdige tjenester og effektive tjenester, men alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. For mange fagprofesjoner kan en slik tilnærming bety behov for ny kunnskap og endring av arbeidsmåter.

Hvordan skal så en enhetsleder lede en endring der målet er å bidra til å implementere pasientforløp på tvers av nivåer i helsetjenesten og der det kreves at ansatte med profesjonsutdanning og sin individuelle kompetanse må lære seg nye måter å bruke sin kunnskap? Hva kan bli de største utfordringene? Vil strukturelle tiltak og standardisering av prosesser alene bidra til et godt resultat, eller har uformelle nettverk og holdningsskapende arbeid like stor kraft når det gjelder å påvirke og skape kultur for samhandling og kunnskapsdeling mellom samarbeidsparter i egen organisasjon eller mellom nivåene i helsetjenesten?

I forbindelse med mastergradsstudiet i Samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde, ble jeg introdusert for et prosjekt, *"Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi"*, hvor høgskolen er en av deltakerne i prosjektet. De andre deltakerne er representanter fra helsetjenesten i kommunene Averøy, Gjemnes, Kristiansund, Tingvoll, Smøla og helseforetaket, Helse Nordmøre og Romsdal HF (tidligere). Prosjektet er et initiativ for å møte de utfordringer helsetjenesten står overfor med hensyn til å skulle møte pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte behov i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Prosjektets hovedmål:

Prosjektet har hovedfokus på å klargjøre kommunene for å behandle flere av de pasientene som i dag blir behandlet i spesialisthelsetjenesten, slik at *kommunene blir i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra dag en, samtidig som unødvendige sykehusinnleggelser hindres.*

I praksis skal dette skje ved at prosjektet skal utarbeide helhetlige pasientforløp innen målgruppene geriatri og smertelindring. Pasientforløpene som skal være helhetlige og på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten, skal så implementeres i korttidsavdelinger i

kommunenes eksisterende sykehjem. Dette forutsetter samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til utarbeidelse av pasientforløp og gjensidighet i kompetanseoverføring mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, slik at forløpene blir gjennomførbare i praksis. (Årsrapport 2011)

<http://www.smola.kommune.no/Filnedlasting.aspx?MIId=927&FilId=814>

Min masteroppgave er et delprosjekt av prosjektet "*Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi*".

Datasamlingen ble utført i form av en kvantitativ studie i to lokalsykehus. Populasjonen er ansatte og enhetsledere som har ansvar for behandling av kreftpasienter.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ett år før samhandlingsreformen innføres.

1.2 Problemstilling

Tema for oppgaven er: *Standardiserte helhetlige pasientforløp – behov for supplerende tiltak?*

Med utgangspunkt i begrunnelse og tema for oppgaven har jeg valgt å belyse følgende problemstilling:

Denne oppgaven søker å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Mitt utkikkspunkt er hos ansatte ved to lokalsykehus og jeg ønsker å belyse samspillet mellom de eksterne og interne forventningene som er knyttet til implementering av helhetlige pasientforløp for kreftpasienter.

Datainnsamlingen er foretatt i forkant av Samhandlingsreformen, så jeg har i første rekke data om "frivilling" kryssing av grensene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Problemstillingen kan konkretiseres i følgende delspørsmål:

1. Strukturperspektiv

Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i helseforetak og kommune (kort om siste)?

2. Samhandlings- og grenseperspektiv

Hva er idealene i samhandlingsreformen og hvilke realiteter ligger i spørreskjemasvarene?

3. Ledelsesperspektiv

Hvilke utfordringer står enhetsleder overfor, sett i forhold til en strukturkontekst og forventningene i samhandlingsreformen? Hvilke endringsstrategier er aktuelle?

1.3 Oppgavens disposisjon

For å gi leseren et innblikk i hva som er ”bakteppet” for oppgavens problemstilling vil jeg innlede kapittel 2 *Teori*, med å gi en kort framstilling av forarbeidene til samhandlingsreformen, der beskrivelse av et pasientforløp og en pasienthistorie inngår. I samme kapittel vil jeg videre gi et innblikk i det teorigrunnlag som jeg mener er av betydning for å belyse problemstillingen og bidra til en relevant analyse av data fra spørreundersøkelsen. I teorikapitlet har jeg hovedvekt på systemteori og jeg har støttet meg til litteratur fra Skjørshammer (2004) som jeg fant meget relevant, siden han tok utgangspunkt i helsetjenesten i sin framstilling. Skjørshammer beskriver organisasjoner i form av begrepene *helhet og del, åpne og lukkede grenser, åpne og lukkede systemer, struktur og prosess, komplekse og sammensatte helheter* og måling av *effekter og konsekvenser* av iverksatte tiltak, som er viktige aspekt i forbindelse med å skulle øke kunnskapen omkring tiltaket implementering av forhåndsdefinerte helhetlige pasientforløp.

I kapittel 3 *Metode*, gir jeg en fremstilling av valg av metode for spørreundersøkelsen med begrunnelse. Undersøkelsens kvalitet i form av validitet og reliabilitet blir beskrevet.

I kapittel 4 *Analyse*, presenteres spørsmål 1. og 2. i problemstillingen, samt hvilke resultater som ligger i spørreskjemasvarene, kapittel 4.3.4. Data fra utvalgte spørsmål vil videre bli belyst under kapittel 4.4 *Ledelsesperspektiv*. I kapittel 4.4.4 *Erkjennelse*, presenteres en kort oppsummering.

2 TEORI

2.1 Innledning

Helseorganisasjoner er komplekse system som påvirkes av samfunnsutviklingen i form av endrede krav, lover og rammebetingelser. Teoretiske modeller og analytiske begrep forenkler virkeligheten og kan være et hjelpemiddel når ledere skal studere livet og samhandlingen i slike organisasjoner.

Denne oppgaven søker å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om standardiserte helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Dette innebærer at ledere for resultatenheter i spesialisthelsetjenesten vil bli utfordret på samarbeid, samordning og samhandling over organisasjonsgrensene og mot sine omgivelser på ulike områder som berører pasientbehandling. Problemstillingens tre spørsmål, jfr. kapittel 1, omhandler strukturperspektivet med arbeids- og ansvarsfordeling i helsetjenesten, samhandlings- og grenseperspektivet, samt ledelsesperspektivet sett i forhold til en strukturkontekst.

For å øke forståelsen av begrepet *pasientforløp*, innledes teorikapitlet, kapittel 2.2, ved å gjengi deler av forarbeidene til St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen. Her presenteres en pasienthistorie, samt at det gis en kort sammenfatning av hvordan gruppen med ansvar for *forarbeidene* karakteriserer et idealforløp innenfor kreftbehandling.

2.2 Forarbeidene til samhandlingsreformen

2.2.1 Om pasientforløp i forarbeidene til samhandlingsreformen

For å finne ut hvor ”skoen trykker” med hensyn til ”brudd” eller risiko for brudd i pasientforløp valgte HOD i forarbeidene til St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen i 2009, å etablere 13 arbeidsgrupper som skulle kartlegge pasientforløp innenfor ulike diagnoser; en av gruppene var *Forløpsgruppe kreft*. Brukerorganisasjoner og ansattes organisasjoner var bredt representert i gruppene, i tillegg til KS, helseforetak og Helsedirektoratet. Forløpet for kreft viste blant annet utfordringer i forbindelse med stor kompleksitet og bredt samhandlingsbehov omkring enkeltdiagnoser. Hensikten var å få økt forståelse for dagens praktiske situasjon og eventuelle svakheter. En forståelse av i hvilken grad det foreligger systemsvikt som gir åpenbare avvik i forhold til en målsetting om helhetlige pasientforløp, er en del av dette (HOD, *Forløpsgruppe kreft*, 2009).

I etterkant av arbeidet ble det skrevet en rapport; den skulle danne et utgangspunkt for videre arbeid med å utvikle helse og omsorgstjenester.

For konkret å synliggjøre eksempel på ”brudd” i pasientforløp fikk gruppen følgende spørsmål de skulle vurdere og svare på:

1. *Hvilke brudd kan dere identifisere i den kjeden dere har tegnet?*
2. *Hvordan kan lovmessige forhold i dagens lovgivning bidra til brudd i forløpet?*
3. *Hvordan kan dagens økonomiske ordninger/finansieringsordninger bidra til brudd i forløpene?*
4. *I hvilken grad er målet for prosessen/forløpene kjent blant aktørene og er denne målformuleringen omforent?*
5. *Kan vi peke på organisasjonsmessige forhold som er til hinder for samhandlingen i dette forløpet?*
6. *Kan dere identifisere områder for forbedring?*
7. *Kan dere peke på hvor i forløpet en ”venstreforskyvning” av ressursinnsatsen i retning av mer forebygging kunne ha vært satt inn?*
8. *Er det ytterligere råd dere vil gi til departementet for at pasientenes behov for koordinerte tjenester skal bli ivarettatt?(ibid)*

Her ser en at ulike perspektiv med hensyn til forhåndsdefinerte pasientforløp er berørt, for eksempel kontinuitet, lovverk, økonomi, mål, organisasjonshindringer, forbedringsområder og ”venstreforskyvning”/forebygging.

Følgende definisjoner ble lagt til grunn i arbeidet (ibid):

Forløp er en beskrivelse av hvordan og eventuelt hvorfor problemene har oppstått.

Hvordan møtet med helsetjenesten har artet seg, hvilken effekt hjelpen har hatt for den som eier utfordringene. Et forløp må sees i sammenheng med livsløpet - før under og etter problemene har oppstått, samt hvordan tjenestene har innvirket på brukerens mestringsevne i tidsrommet.

Samhandling er et uttrykk for hvordan helse- og omsorgstjenestene er koordinert og organisert for å utføre det samfunnsoppdraget de er gitt.

Forløpsanalyse er en visuell fremstilling av forløp som er egnet til å synliggjøre brudd og til å finne områder med forbedringspotensiale.

Brudd er en beskrivelse av situasjoner der tjenestene ikke har vært tilgjengelig, ikke har bidratt positivt eller ikke vært koordinert slik at brukeren har opplevd hjelpen som sammenhengende og støttende.

2.2.2 Eksempel på en pasienthistorie

Helt konkret illustrerer spørsmålene som ble stilt i kapittel 2.2.1, ulike viktige aspekter ved kreftpasienters situasjon, slik som forhold rundt diagnostikk og tidlig behandling, livskvalitet og levekår ved langvarig kreftsykdom, oppfølging i kommunene og palliativ behandling. Jeg velger videre å gjengi en pasienthistorie fra rapporten (HOD, *Forløpsgruppe kreft*, 2009) for å gi et inntrykk av hva saken kan dreie seg om for den enkelte pasient.

Prostatakreft

Prostatakreft ble valgt som eksempel på et langvarig forløp der livskvalitet og balanse mellom behandlingseffekt og bivirkninger er viktig.

En 65 år gammel mann går til fastlegen med mistanke om kreft i prostata. Han får tatt PSA, en blodprøvemerkør for kreft i prostata, som er forhøyet. Fastlegen henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten. Her får han time etter en stund, men legen vil vente med å starte behandling for å se hvordan sykdommen utvikler seg. Dette oppleves vanskelig og han skjønner ikke hvorfor han ikke kan få behandling med en gang.

Når det er tid for behandling foreslås to behandlingsalternativer, enten kirurgi eller strålebehandling, og han blir informert om aktuelle bivirkninger.

Valget, som han selv må ta, er vanskelig. Han skulle ha ønsket at legen bare kunne si hva slags behandling som er best. Det gjør ikke legen og han velger kirurgi. Etter operasjonen

er han plaget med inkontinens og impotens. Han synes det er forferdelig vanskelig å være inkontinent, det gjør det sosiale livet vanskelig, da han er redd for at det lukter av ham. Han er gift, men dette med impotens greier han ikke å snakke om, så ektefellene har ikke lenger noe samliv. Etter 2 år får han tilbakefall av kreften, og får tilbud om strålebehandling og hormonbehandling. Han skal følges videre opp av fastlegen. Han lever i mange år med sin kreftsykdom, men skulle ønske at han fikk tilgang til hjelpemidler med hensyn til impotens mye tidligere enn han fikk.

Forløpsgruppe kreft kommenterer: Han opplever brudd i form av lang ventetid hos spesialisthelsetjenesten med tanke på diagnostikk og patologi, ventetid på symptomer (hvor lenge skal man vente?).

Hvem skal man ta kontakt med ved symptomer, fastlegen eller spesialisthelsetjenesten? Disse pasientene opplever ofte at fastlegen kan for lite om sykdommen, og det er ofte ikke god nok kommunikasjon mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Forløpsgruppe kreft refererte videre i sin rapport til et optimalt forløp der ”brudd” var unngått.

2.2.3 Hva er et godt forløp innen kreftomsorgen

Fra samme rapport *Forløpsgruppe kreft* 2009, som i avsnitt 2.2.1, velger jeg i fortsettelsen å referere følgende karakteristikk av et idealforløp innenfor kreftbehandling:

- Pasienter er godt informert om forebyggende tiltak og faresignaler
- Det tar kort tid fra mistanke blir fattet til utredning begynner
- Prøvesvarene forsinkes ikke på grunn av flaskehalser i systemet – de blir analysert og er raskt tilgjengelig for behandlende lege
- Tjenesteyterne er opptatt av at pasienten er et helt menneske med ressurser, familie og nærmiljø
- Behandlingen i spesialisthelsetjenesten er likeverdig tilgjengelig
- Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten skjer uten uhensiktsmessige forsinkelser
- Det er god informasjon om sykdommen og behandlingsforløpet tilgjengelig for pasienten

- Det gis god informasjon om effekt og bivirkninger ved ulike behandlingsmetoder slik at pasienten kan gjøre et informert valg
- Pasienten blir planmessig skrevet ut fra sykehuset og får hjelp fra en koordinator til å forberede de kommunale tjenestene når han eller hun kommer hjem
- Pasienten støttes av et samordnet tverrfaglig team med relevant kompetanse i kommunen
- Kommunale tjenester omfatter også pårørende og barn ved behov
- Det er et fast kontaktpunkt i tjenesten
- Det er nok kunnskap om kreftpasienters situasjon i NAV slik at pasienten får hensiktsmessige ytelser
- Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fokuserer på pasientens livskvalitet
- De kommunale tjenestene er fleksible nok til å endre seg i tråd med pasientens skiftende behov i forhold til hvilken fase av kreftsykdommen pasienten befinner seg i
- Pasienten gis mulighet til en verdig død i institusjon eller hjemme hvis han/hun ønsker det
- Kommunehelsetjenesten har kunnskap om rehabiliteringsbehov og risiko for senskader hos kreftpasienter slik at disse får hensiktsmessig oppfølging
- At det skal være enkel tilgang på sosialfaglig bistand som kan ivareta psykososiale behov, økonomi og relasjon til arbeid, nærmiljø og familie

Idealforløpet som er referert over kan sees på som en utvidelse av den innledende teksten i oppgavens spørreskjema, og vil således bidra til å tilføre informasjon om pasientgruppen i forbindelse med analysen av respondentenes svar.

2.3 Helseorganisasjoner som system

Klassiske organisasjonsteoretikere beskriver ulike tilnærminger med hensyn til hvordan de antar at organisasjoner best fungerer; tilnærmingene kan være relativt instrumentelle eller kan også favne elementer der ledelse også i ulik grad tar hensyn til menneskers atferd, slik som for eksempel tidligere erfaringer og bakgrunn, grunnleggende antakelser og oppfatninger, klimaet i organisasjonen, osv.

I organisasjonsteori skiller en mellom rasjonalistisk teori og systemteori. Betegnelsene *systemteori* og *systemtenkning* brukes synonymt med hverandre, og de refererer mer til et perspektiv og tankemønster (paradigme) enn til en bestemt teori om organisasjoner. I mitt teoribidrag har systemteori fått størst plass, jfr. kapittel 2.4.1-2.4.20. Jeg har blant annet valgt å støtte meg til Morten Skjørshammer og boka «Bedre planlegging i helsesektoren – i et systemisk perspektiv»; han beskriver her at systemteorien presenterer et språk og begreper som gjør det mulig å relatere kunnskap om helseorganisasjoner til det arbeidet som skal gjøres, de organisatoriske og administrative rammene for dette arbeidet og organisasjonens videre kontekst (Skjørshammer (2004).

Systemteorien finner vi i dag som innslag i og retning innenfor ulike fagområder som sykepleie og sosialt arbeid og ikke minst som en bærende teori innenfor familierapi og nettverksarbeid. For organisasjonsteorien har særlig innføringen av kontekstbegrepet (omgivelser) i systemteorien vært banebrytende.

«Organisasjoner er ikke ugjennomtrengelige, selvforsynende systemer, men eksisterer i et miljø som de må tilpasse seg eller forandre på for å kunne overleve. Kontekstbegrepet fremhever at organisasjoner er avhengige av sine omgivelser og representerer en viktig utvidelse av de tidligere produksjons- og *human relation* – perspektivene for å forstå organisasjonsadferd» (Cummings 1995, Morgan 1986).

2.4 Helseorganisasjonen – systemteoretisk perspektiv

En organisasjon har noen allmenne, felles trekk og noen trekk som er særegne og spesielle. For å forstå helseorganisasjonen kan det være vesentlig å se nærmere på de spesielle sidene ved organisasjonen.

Skjørshammer (2009: 58) fremholder at helseorganisasjoner framstår som annerledes enn byråkratier og produksjonsbedrifter. Egenarten ved helseorganisasjoner springer særlig ut av følgende forhold ved denne typen organisasjoner: (1) Kjerneaktiviteten foregår i forhold til mennesker, i spesielle sårbare livstilstander og situasjoner. (2) Resultatene viser seg i endret funksjonsnivå eller endrede livstilstander hos de samme personene. (3)

Arbeidsprosessene er en blanding av intervensjon, forandring og service. De spesielle trekkene som kjennetegner helseorganisasjoner kan også sammenfattes i følgende punkter, sier Skjørshammer:

Kjerneaktiviteten foregår med *mennesker som "råmateriale"* og mellom personer og ikke ting eller objekter. Pasientene er medlemmer av organisasjonen for en periode, de har

sosiale og geografiske tilknytninger som ikke kan oversees (sosial status, bosted, kultur, religiøs tilhørighet). Deres deltakelse og selvaktivisering er vesentlig med hensyn til å gjennomføre et vellykket behandlingsopplegg. De ansatte må ta hensyn til verdier både hos pasienter, andre ansatte og i omgivelsene når det gjelder gjennomføringen av arbeidet (forventninger til service, behovsdekking, deltakelse).

Pasient – ansatt – forholdet er kjerneaktiviteten i all behandling og foregår som regel i et avgrenset, lukket rom. Samhandlingen mellom pasient og ansatte bygges opp med det mål å skape forandring hos pasienten, med utgangspunkt i et fag og et kunnskapsgrunnlag som pasienten bare delvis har innsikt i. De ansatte overvåker relasjonen og prøver å kontrollere og styre den ut fra dette kunnskapsgrunnlaget. Samhandlingen skjer ofte mens pasienten opplever smerte og lidelse (ibid).

Målfastsettelse er problematisk og tvetydig for behandlingen på pasientnivå, og på organisasjonsnivå gir produksjonstall begrenset uttrykk for virksomheten.

I den grad det utformes entydige og objektive mål er måldefinisjonen i stor utstrekning av ideologisk natur og hovedsakelig utledet av visse verdier, normer, og ideologier.

Pasientens og de pårørendes egne mål og forventninger virker inn på helseorganisasjonens fastsettelse av mål. Det samme gjelder de ansattes faglige oppfatninger. Det er begrensede muligheter for å nøytralisere ansattes personlige mål og verdioppfatninger. Ulike profesjoner har ulike ideologier, og profesjonsutviklingen øker mangfoldet og kompleksiteten i dette.

Virkningen av teknologien er ofte uforutsigbar. Mange av de intervensjoner som gjøres i forhold til pasienter, har variabel forskningsmessig basis. I mange sammenhenger innenfor for eksempel medisin og sykepleie er intervensjonene basert på en betydelig grad av praktisk erfaring og aksepterte kulturelle behandlingsmåter. For medisinsk behandlings vedkommende regnes det med at bare 40 % av er basert på vitenskapelig kunnskap, hevder Skjørshammer. Komplikasjoner, bivirkninger og skader kommer delvis av at teknologien er usikker og uforutsigbar når den anvendes til den enkelte, unike pasient.

Det er *mangel på pålitelige og gyldige mål for effektivitet* i helsetjenesten, hevder Skjørshammer. Det er sprikende oppfatninger om hva som er en effektiv behandling av ulike sykdommer og lidelser. Det gjelder også for hvordan helseorganisasjoner bør

organiseres, hvordan behandlingskjeder bør struktureres, og hvor store institusjonene bør være for å sikre høy kvalitet på behandlingen.

Helseorganisasjoner er arbeidsintensive og *basert på profesjonelle medlemmer*.

Organisasjonen baserer seg på ansattes kunnskaper, ferdigheter og motivasjon. De ansatte tilhører i svært stor utstrekning yrkesprofesjoner med egne faglige kunnskapsmodeller, egen faglitteratur, egne faglige retningslinjer, egne lover og et eget makthierarki, som for eksempel Den Norske legeforening og Norsk sykepleierforbund.

Virksomheten i helseorganisasjoner forventes å uttrykke og realisere grunnleggende samfunnsverdier når det gjelder enkeltindividers rettigheter og verdi som menneske. Skjørshammer betegner dermed *virksomheten som moralsk arbeid* (*ibid*).

2.4.1 Systemteori

Systemteori er som nevnt innledningsvis ingen organisasjonsteori, men representerer en reaksjon på den rasjonalistiske teorien, da spesielt på betydningen av mål og er mer et bestemt argument for hvordan organisasjoner bør studeres. Mål bør ifølge systemteorien oppfattes som en avhengig variabel, avhengig av de øvrige aktiviteter som skjer i organisasjonen (Andersen 2009).

Skjørshammer (2004) påpeker videre at systemteorien har en lang forhistorie, og selve systembegrepet kan føres tilbake til Aristoteles, som hevdet at helheten er større enn summen av delene. Forestillingen om at noe både kan være en helhet bestående av deler og samtidig en del av en større helhet, ble tatt i bruk for å forstå menneskelig samhandling. Framveksten av generell systemteori kan også forstås som en reaksjon på den tradisjonelle vestlige tilnærmingen til problemløsning og kunnskapsdannelse, der det ensidig har vært lagt vekt på spesialisering og oppdeling av kunnskapsområder, og der helheten primært forstås ut fra delene som summen av disse.

Mennesker tolker fenomener, situasjoner og hendelser ulikt, og den pluralisme i inntrykk og oppfatninger som følge av dette, er normen og ikke en kilde til invaliditet eller ”støy” i datagrunnlaget. Særlig i komplekse systemer, som helseorganisasjoner er, konstruerer enkeltpersoner og grupper svært forskjellige oppfatninger av hvordan systemet fungerer, og hvordan det kan forbedres (Clegg og Walsh 1998).

Systemteorien er først og fremst en måte å beskrive og analysere sosiale, organisatoriske og økologiske forhold på og en måte å organisere kunnskapen om disse forholdene på slik at helheten ivaretas best mulig (Skjørshammer 2004). Kontekstbegrepet er viktig i systemteorien. Kontekstbegrepet fremhever at organisasjoner er avhengige av sine omgivelser og representerer en viktig utvidelse av de tidligere produksjons- og *human relation* - perspektivene for å forstå organisasjonsatferd (Cummings 1995, Morgan 1996).

2.4.2 Helhet og del

Leksikalsk defineres begrepet systemisk som «det å tenke helhetlig». Kjernen i systemisk tenkning er at helheten har egenskaper som kun uttrykkes gjennom helheten og ikke delene separat (Skjørshammer 2004). Videre sier han at:

”Den grunnleggende forestillingen i systemteorien er at et system er en integrert helhet der delene ikke kan reduseres til mindre enheter uten at de står i fare for å miste sin ”mening” eller ”hensikt”. I stedet for å konsentrere seg om de minste delene vil en systemtilnærming understreke grunnleggende prinsipper for organisering og se på det nettverket av gjensidige relasjoner som eksisterer mellom disse delene (eksempler på systemer: organisasjon, familie, kropp, lokalsamfunn, etc).

Den klassiske definisjonen av et system, slik Bertalanffy formulerer det, er slik:

”Et system består av et sett elementer som samspiller med hverandre”

(Skjørshammer 2004: 34).

Elementene kan her representere et mønster eller en organisasjon, et samspill. Det innebærer at dersom et element oppfattes som ikke – samspillende med de andre, så er det ikke en del av det aktuelle systemet. Systemets deler er knyttet sammen på en slik måte at de danner en organisk helhet som fokuserer på å utføre en funksjon (ibid).

2.4.3 Organisasjoner som systemer

Skjørshammer (2004: 38) definerer elementene eller delene i organisasjonen som *”de roller som følger av at ansatte og brukere har utviklet relativt stabile samhandlingsforhold til hverandre”*. Delene eller elementene er ikke personene som enkeltindivider, men rollene deres, og rollene er en kombinasjon av det personlige og de krav til atferd som organisasjonen stiller til enkeltpersonen i rollen. En rolle beskriver hvilken posisjon en person har i et sosialt system, etter som rollen sier noe om hvordan personen bør samhandle med og forholde seg til andre. Rollen er således basert på de normer og forventninger som rettes mot personen. Hvordan personer utfører de samme rollene er

svært forskjellig. Det er mange måter å være ekspert, profesjonell eller leder på og forventningene som knyttes til spesielle roller, for eksempel legerollen og sykepleierrollen, varierer etter kulturelle forhold og over tid.

En organisasjon kan defineres systemisk som *”et sett av roller (elementer) og en strøm av aktiviteter som er utformet med tanke på å oppnå bestemte mål”* (ibid). Disse rollene står i større eller mindre grad i et avhengighetsforhold til hverandre. Et slikt system er ikke tilfeldig, men har utviklet seg over tid med det formål å ivareta nærmere definerte behov i befolkningen, for eksempel helsetjenester, samtidig som det ivaretar fysiske, psykologiske og sosiale behov hos de ansatte.

Ved å undersøke tilstedeværelsen eller fraværet av rollerelasjoner eller hvor hyppig de nedfeller seg i form av atferd og samhandling, er det mulig å beskrive det sosiale nettverket i en organisasjon og identifisere grensene for organisasjonen eller underenheter. Innenfor en organisasjonsenhet vil personene dele flere rollerelasjoner med hverandre enn det de gjør med personer fra andre enheter eller organisasjoner utenfor.

Betydningen av roller i organisasjoner handler om hvilken effekt rollerelasjonene har på atferden til enkeltpersoner eller grupper i organisasjonen. En tenker her på begreper som normer, status, makt og kontroll (Skjørshammer 2004).

2.4.4 Samspill og avhengighet

Det er mulig å forestille seg et vedvarende samspill mellom roller. Dersom det skjer en forandring i tilstanden til ett element, medfører det forandringer i andre elementer. Det betyr at systemets tilstand ikke bare bestemmes av om elementene er fraværende eller tilstedeværende, men også av tilstanden til det enkelte element. Det er en gjensidig avhengighet mellom delene. Skjørshammer mener det derfor blir mulig å påvirke andre elementer og helheten ved å forandre ett element.

Dersom et element ikke står i et samspill med og et vekselvirkningsforhold til resten av systemet, er det ikke en del av det. Et system blir først et system når elementene står i et samspillsforhold til hverandre. Elementene i seg selv er ikke nok.

En organisasjon er noe mer enn summen av de ansatte, og de ansatte blir først en organisasjon når de har utviklet stabile og mer varige forhold til hverandre. Dette ”noe mer” er for eksempel de sosiale relasjonene, rollene, organisasjonsstrukturene og organisasjonskulturen.

2.4.5 Mangesidig årsakstenkning

Problemer og motsetninger oppstår i organisasjoner, og ofte forklares det som skjer med en enkelt årsak, noe som kan kalles en enårsakstenkning, eller en lineær tenkning. I systemperspektivet velger en heller å forklare slike motsetninger i organisasjonen ut i fra sirkulær tenkning, at en leter etter flere årsaker, løsningsmuligheter og ideer til tiltak. Systemtenkningen medfører at en må bekymre seg for det nettverket av årsaksfaktorer som virker inn, og hele den sammenhengen som problemet er en del av. Det krever at en tar inn så mye som mulig av den aktuelle konteksten som organisasjonens virksomhet er en del av (Skjørshammer 2004).

2.4.6 Struktur og prosess

De relativt stabile samspillmønstrene som utvikler seg og eksisterer over tid i et system er strukturene i organisasjonen. Strukturene er enheter som påvirker hvordan deler og enheter samhandler og opererer som en helhet. Slike regler som har utviklet seg over tid i organisasjoner, lever ofte sitt eget liv og er selvregulerende. Forandringer i strukturene medfører forandringer i systemets elementer. Når elementene er personer, virker disse endringene inn på deres atferd og indre psykologiske opplevelser (ibid).

Systemtenkning åpner således for forestillinger om at et systems strukturer er knyttet til samspill mellom medlemmene av systemet. Det er menneskelig samhandling basert på kontakt og interesse som utgjør den ”psykologiske sementen” som holder sosiale systemer sammen. Det er vanlig å skille mellom prosesser og strukturer. I systemteorien går disse over i hverandre (Skjørshammer 2004).

Forskjellen mellom struktur og prosess, påpeker Skjørshammer videre, kan sees i sammenheng med tid og regelmessighet. Det som foregår av samhandling her og nå, er prosessen. Strukturen er det varige og regelmessige ved prosessen, de faste mønstre som gjentas. Ved å intervenere i en organisasjon på bestemte måter kan en endre organisasjonen som system og påvirke den enkelte ansatte eller en gruppe eller enhet av ansatte.

I organisasjoner er strukturene mer eller mindre formelle og varierer i dybde. Den mest åpenbare strukturen er den *designede strukturen* som kan leses ut av organisasjonskartet. Strukturen skal regulere forholdet mellom delene slik at forutsigbarhet og standardisering i

samhandlingen blir ivaretatt. Denne strukturen vil utvikle seg over tid som et kompromiss mellom delene, idet aktørene prøver å oppnå en best mulig kombinasjon av delene som samtidig skal gi størst mulig gevinst for helheten. Skjørshammer påpeker at dette er særlig uttalt i helseorganisasjoner og viser til litteratur ved Strauss et al. 1985 og uttrykket *negotiated orders*.

Dypstrukturene i organisasjoner som systemer beskriver Skjørshammer ved hjelp av teori fra blant annet Moxness (1993) som benytter begrepet *dyproller*, som i overført betydning tilsvarer roller og rollerelasjoner som fins i eventyr og myter. Andre dypstrukturer er kultur, teknologi, makt og kontroll. Med *teknologi* menes ikke bare instrumenter og utstyr, men også faglige prosedyrer og intervensjoner. I helseorganisasjoner representerer denne teknologien et kjerneelement i de tjenester som organisasjonen skal levere, og de er en avgjørende faktor i systemets strukturering. *Makt* er delvis knyttet til formelle roller og strukturer, men bare delvis. Maktutøvelse og innflytelse på systemets fungering skjer i betydelig grad gjennom den faglige kompetansen som enkeltpersoner og enheter representerer.

En av hovedutfordringene for helseorganisasjoner er å finne grensesnittet mellom enkeltindividers og arbeidsgruppers autonomi og ”selvkontroll” på den ene siden og *organisasjonens kontrollsystemer* på den andre siden. Kontroll av systemets fungering ivaretas først og fremst gjennom kommunikasjon mellom enheter og medlemmer og nedfeller seg i selvregulering eller kollegial regulering basert på hva som kommunikativt formidles, hvilken maktposisjon senderen har, og aktørenes egne forestillinger om systemets mål og standarder. Denne kontrollen følger bare delvis de interne, formelle standardene.

2.4.7 Innsatsfaktorer – transformasjonsprosesser - resultatfaktorer

Et system av innsatsfaktorer (*inputs*), transformasjonsprosesser (*prosesser*) og resultatfaktorer (*outputs*), står i et avhengighetsforhold til de ytre omgivelsene. Systemet får sin energi, sin ressurstilførsel, fra de ytre omgivelsene. Inputs eller innsatsfaktorene i for eksempel helsetjenesten er pasientene og deres problemer, men kan også være menneskelige og materielle ressurser i form av arbeidskraft, teknologi, penger og informasjon.

Inputs skal kombineres på måter som gjør at de resulterer i nye former. Den typiske transformasjonsprosessen i helsetjenesten er behandling. De nye formene er outputs,

produktene eller resultatene av systemets virksomhet som slippes ut i omgivelsene på en eller annen måte, noe som kan resultere i nye inputs.

I praksis handler dette om at dersom omgivelsene ikke er fornøyd med resultatet (outputs), kan det få konsekvenser for blant annet innsatsfaktorer (inputs), i form av krav om endringer mht for eksempel: endringer i teknologi, arbeidskraft, nedskjæringer i budsjett eller nedleggelse av avdelinger, noe som vil kunne kreve nye tilpasninger i organisasjonen. Prosess, transformasjon og throughput er betegnelser på den virksomheten i systemet som innebærer at inputs kombineres på måter som gjør at de resulterer i nye former; i helsearbeid er den typiske transformasjonsprosessen behandling (Skjørshammer 2004).

2.4.8 Nivåer: oversystem – system - undersystem

I systemteorien er et system også en del av et større system, kalt supersystem, eller *oversystem*. En organisasjon er for eksempel en del av et større hierarki av slike oversystemer, som kommune, fylke eller nasjon. Tilsvarende består ethvert system av *undersystemer*, eller subsystemer. Undersystemene skiller seg fra hverandre ved at samspillet mellom enhetene i de ulike undersystemene er forskjellig. En organisasjon kan for eksempel bestå av undersystemer som grupper av ansatte, avdelinger, poster, profesjonsgrupper eller arbeidsfellesskap av ulike slag. Relasjonene mellom et system og de over- og underordnede systemene er preget av avhengighet og gjensidig påvirkning, de står i et hierarkisk forhold til hverandre (over-, under- eller sideordnet hverandre). Systemer kan en derfor alltid si befinner seg innenfor et *hierarki av omsluttende systemer*. Skjørshammer understreker at når en beskriver og analyserer et system, står en fritt til selv å definere systemet slik at det passer det problemet vi prøver å forstå eller å løse. Det fins altså ikke noe absolutt, forutbestemt systemhierarki som vi må forholde oss til. Det fins heller ingen kvantitative kriterier for hva som gjør et system til et system, til et undersystem, og alt som er større, til et oversystem. Igjen er det snakk om definisjoner ut fra de problemstillingene eller utfordringene en arbeider med. Det innebærer at systemer må studeres når endringer i organisasjoner planlegges (Skjørshammer 2004).

2.4.9 Undersystemer i organisasjoner

Undersystemer kan også benevnes *organisasjonsfunksjoner*. Skjørshammer (2009, s. 45) beskriver fem slike undersystemer i systemteorien, (1) administrasjon/ledelse, (2) ressurs sikring, (3) produksjon, (4) vedlikehold og (5) tilpassing/forskning/utvikling. Det

viktige når en skal velge undersystemer, er å bruke det antallet undersystemer som er nødvendig for å skape oversikt og klarhet i det som foregår innenfor prosessen, dvs organisasjonen. Det kan gjøres på to måter, avhengig av om det er hensiktsmessig og fruktbart for den som skal nyttiggjøre seg systembeskrivelsen.

Den ene måten å definere undersystemene på er å ta utgangspunkt i hvordan primærprosessen, som for helseforetak er behandling og omsorg, er organisert, og gjøre de ulike arbeidsgruppene eller teamene til et undersystem eller forskjellige deler av et slikt undersystem. I tillegg til disse undersystemene er det også meningsfullt å operere med ett eller flere undersystemer for administrasjon og andre nødvendige støttefunksjoner. Det kan også være aktuelt med et undersystem som definerer andre sosiale grupperinger enn det som ligger i arbeidsdelingen. Denne måten å forstå undersystemene på følger langt på vei de grenser og funksjonsdelinger som ligger i den formelle organisasjonsstrukturen.

En annen måte å se undersystemene i en organisasjon på er å ta utgangspunkt i organisasjonsfunksjoner og definere de ulike funksjonene som undersystemer. En slik inndeling faller bare delvis sammen med den formelle strukturen, og kan gå på tvers av andre ”naturlige” inndelinger i grupper og arbeidslag som fins i systemet. Skjørshammer sier videre, at dersom den minste enheten i en organisasjon er *rollen*, består ansatt - rollen av de deloppgaver som hver enkelt ansatt utfører innenfor de ulike organisasjonsfunksjonene som undersystemer. En ansatt kan således tilhøre flere undersystemer avhengig av den enkeltes posisjon i systemet.

Fordelen med en slik mer abstrakt måte å forstå undersystemer på, er at den lettere kan få frem helhetsbildet i systemet og at den skaper en distanse til den formelle strukturen og det offisielle bildet av organisasjonen.

Videre presenterer Skjørshammer fem undersystemer i en organisasjon som system og gir også til kjenne *indikatorer* for måloppnåelse under hvert enkelt punkt (ibid).

Tjenesteproduksjon er utførelse av de tjenester som er organisasjonens primære oppgaver og som derfor også er årsaken til at organisasjonen er opprettet. Helsetjenester kan bidra med behandling, omsorg, rehabilitering og lindring av plager. Dette undersystemet omfatter alle intervensjoner, behandlingsmetoder og prosedyrer som brukes, reglene og retningslinjene for disse og den arbeidsdelingen og strukturen som er utformet for at den skal kunne gjennomføres. Her påpeker Skjørshammer: *Den viktigste indikatoren på*

hvordan organisasjonen ivaretar produksjonsfunksjonen, er organisasjonens evne til å levere sine tjenester med tilstrekkelig kvalitet og volum (ibid).

Ressurssikring (understøttelse) handler om at organisasjonen må ha aktiviteter som sørger for å sikre ressurser dersom en skal kunne klare å levere sine tjenester. Ressurser må mobiliseres fra omgivelsene i form av pasienter, personell, penger, materielle ressurser, kunnskap, osv., for eksempel innkalling av pasienter, innkjøp, personalrekruttering. Her påpeker Skjørshammer: Indikatorer på at denne funksjonen ivaretas, er at organisasjonen evner å sørge for at de nødvendige materielle, økonomiske og menneskelige ressursene er tilgjengelige, å nyttiggjøre seg disse og – dersom nødvendige ressurser mangler – å mobilisere disse (ibid).

Vedlikehold omfatter ivaretagelse av personalet, sosiale forhold og fysiske og materielle forhold som er nødvendige for å få gjort behandlingsarbeidet og gjennomført tjenestene. Organisasjonen må over tid være i stand til å vedlikeholde utstyr, gi nødvendig opplæring og kompetanseheving, stimulere ansattes og medlemmers motivasjon og gi deltakerne tilstrekkelig ”belønning”. Her påpeker Skjørshammer: En indikator på at vedlikeholdsfunksjonen er ivaretatt, er at organisasjonen er i stand til å vedlikeholde motivasjon og kompetanse. Mistrivsel, høyt sykefravær, stor gjennomtrekk og lav produktivitet kan være uttrykk for at funksjonen ikke ivaretas i tilstrekkelig grad (ibid).

Tilpasning handler om at en organisasjon, for å kunne overleve i det lange løp, må kunne tilpasse seg til sine omgivelser og de forandringer som skjer der. Det kan være forandringer i befolkningens behov (for eksempel behov for nye eller annerledes tjenester), eller forandringer i de økonomiske, juridiske eller politiske forholdene. Organisasjonen kan enten tilpasse seg endringene ensidig, eller prøve å forandre på omgivelsene. Her påpeker Skjørshammer: Indikatorer på at organisasjonen ivaretar denne funksjonen, er omfanget av og innholdet i allerede etablerte samarbeidsforhold til omgivelsene (målgrupper, befolkning, andre organisasjoner, samarbeidspartnere), at organisasjonen har evne til å etablere samarbeidsrelasjoner til omgivelsene og oppnå legitimitet, evne til å innføre nye faglige metoder, teknologi og kunnskap og evne til å fremme politiske krav og forventninger på vegne av målgruppen, medlemmene, etc (ibid).

Ledelse handler om at enhver organisasjon må ledes og administreres, men av hvem, og med hvilken dybde og av hvilket omfang er åpne spørsmål. De ledelsesfunksjoner som må ivaretas, er for eksempel fastsettelse av mål, anskaffelse av ressurser, planlegging, koordinering og integrering av aktiviteter, oppfølging og kontroll samt konflikt- og problemløsning når det oppstår flaskehalser og kommer ”sand” i maskineriet. Ledelsesfunksjonens viktigste oppgave er å overvåke og følge opp ”tilstanden” innenfor de andre undersystemene, hvordan de fungerer innad i forhold til hverandre, og initiere og stimulere aktiviteter som optimaliserer systemets totale outputs. Her påpeker Skjørshammer: *Indikatorer på hvordan denne funksjonen fungerer, er generell administrativ kapasitet (økonomistyring og kontortjenester), evne til planlegging og målstyring, evne til konflikt- og problemløsning, evne til å kommunisere med ansatte og ta beslutninger, evne til oppfølging og evaluering av arbeidet samt evne til å oppnå fastsatte målsettinger (ibid).*

Hvert av disse undersystemene kan forstås som mer eller mindre parallelt løpende prosesser i organisasjonen med sine egne inputs, prosesser og outputs (Skjørshammer 2004). Det som foregår i ett undersystem virker inn på de andre undersystemene. Hvordan dette skjer, sier Skjørshammer, kan bare avgjøres ved at man går inn og undersøker samhandlingsrelasjonene. Det som er viktig i hvert enkelt undersystem, er å se på balansen mellom belastninger og behov på den ene siden og kapasitet og potensial på den andre. Evnen til å balansere disse er en indikasjon på hvor sunt undersystemet fungerer.

Undersystemene er ulike når det gjelder tidsperspektiver. For eksempel må justering av undersystemene for produksjon av tjenester og ressurs sikring foretas daglig, mens en innenfor vedlikehold (for eksempel rekruttering) og tilpasning (for eksempel kompetanseutvikling) kan operere innenfor et lengre tidsperspektiv.

Undersystemene er også kjennetegnet ved at de er mer eller mindre løst koplet, at styrken i relasjonene kan variere over tid og også bli gjenstand for spontane forandringer.

Det foregår hele tiden prosesser som har til hensikt å sørge for at systemet holdes sammen og ikke faller fra hverandre. Aktørene i undersystemene kan nok oppleve at de ikke tilhører det større systemet eller at de kan få begrenset igjen for samhandling med andre deler av systemet, systemet kan uansett bare realisere sine målsettinger som en helhet. Skjørshammer påpeker at dette er særlig påtakelig i helseorganisasjoner når det gjelder behandlingskjeden, der resultatet for pasienten er den samlede innsatsen fra alle avdelinger

og fagprofesjoner som involveres i et behandlingsforløp. Mange av deltakerne i slike prosesser begrenser sitt perspektiv til kun sin del og bekymrer seg lite om hvordan den inngår i det helhetlige behandlingsopplegget. De fleste enheter i organisasjonen vil nok følge de tradisjonelle og etablerte relasjoner og avhengighetsforhold som de har til hverandre, og det vil være urealistisk å forvente at det skal være mulig å forutsi nøyaktig hvordan enhetene vil handle, eller tro at deler av systemet kan manipuleres til å produsere spesifikke og planlagte effekter (ibid).

2.4.10 Åpne og lukkede systemer

Skjørshammer forklarer videre begrepene *åpne* og *lukkede systemer*. Ingen organisasjoner er lukkede systemer, dvs. at de er statiske og isolert fra omverdenen. Organisasjoner beskrives som åpne system og det som skjer inne i organisasjonen kan ikke forstås uavhengig av det omliggende miljø og samfunn. Det som utføres av tjenesteproduksjon står hele tiden i et interaktivt forhold til samhandlingsprosesser og behov i lokalsamfunnet, slik disse kommer til uttrykk i form av brukerforventninger, brukerbehov, politiske forhold, sosiale normer og sosiale strukturer.

Alle åpne systemer samhandler med, påvirker og blir selv påvirket av omgivelsene, og de forandrer seg for eksempel ved at de får informasjon fra ytre og indre kilder. Systemer skiller seg derved fra hverandre i graden av åpenhet (ibid).

2.4.11 Åpne og lukkede grenser

For å kunne beskrive et system må en kunne beskrive dets grenser. Å definere grensen til et sosialt system er vanskelig ettersom det er en kontinuerlig strøm av energi som flyter inn og ut av systemet, (jfr. kapittel 2.4.3, tidligere nevnte definisjon av organisasjoner: "*en mer eller mindre koordinert strøm av aktiviteter som er utformet for å oppnå et felles formål*"). Grenser i sosiale systemer er regler som definerer hvem som deltar i systemet, og hvordan. Det kan gjøres rent geografisk, fysisk eller sosialt. Grensene har det formål at de avgrenser systemet utad i forhold til omgivelsene og andre systemer, og innad i forhold til undersystemer. Grensene for ett undersystem trenger ikke være de samme som for et annet undersystem. Organisasjonsstruktur er blant annet et redskap for å avklare slike grenser (Skjørshammer 2004).

En organisasjons grenser vil variere i forhold til hvor *gjennomtrengelige* de er. Rigide grenser mellom forskjellige systemer tillater liten kontakt og samhandling mellom disse,

mens diffuse grenser medfører at påvirkningsgraden og vekselvirkningen mellom undersystemer blir høy. Grensene beskytter systemets differensiering, det vil si dets egenart og spesielle oppgaver. Hvor effektivt et system eller undersystem gjennomfører sine aktiviteter og oppgaver, avhenger av hvor stor grad av frihet det har når det gjelder ”innblanding” fra andre. Klare grenser er derfor viktig for at et system skal fungere godt. Ofte er det viktigere enn hvordan systemet er sammensatt, mener Skjørshammer.

Mens rigide grenser ofte karakteriserer organisasjoner med en lang historie og en etablert byråkratisk struktur forekommer diffuse grenser hyppigere i nye og desentraliserte organisasjoner. I slike systemer er det ofte uklare og flytende grenser, og systemet kan virke kaotisk for utenforstående.

Det er ofte slik at en organisasjon både har åpne og lukkede grenser samtidig, avhengig av hvilke sider ved organisasjonen en ser på. Helseorganisasjoner er som regel preget av mer lukkede grenser når det gjelder verdier og grunnleggende antakelser om virksomheten (ideologi), og åpnere grenser på teknologiområdet. Derfor, fortsetter Skjørshammer, er det sjelden noe problem å introdusere nye instrumenter og teknisk pregede behandlingsmetoder på norske sykehus. Å omsette politiske slangord som ”*pasienten først*” til handling er derimot en langt større utfordring.

Grensekonflikter er alltid et potensielt problem i sosiale systemer. Det kan være konflikter knyttet til ytre grenser som kommune- eller etatsgrense, eller til indre grenser som undersystemer som grupper, avdelinger eller enheter i organisasjonen. Et annet vanlig systemproblem er at det oppstår koalisjoner, allianser eller ”triangleringer” på tvers av undersystemer som hindrer systemet i å fungere optimalt. Hver for seg kan disse være funksjonelle (subkulturer).

Systemets grenser er også sjelden helt identiske med formelle administrative og organisatoriske strukturer. Skal en identifisere systemgrensene er den beste måten å forfølge strømmen av energi og informasjon og omdannelsen av denne gjennom de sykliske aktivitetene (input, prosess, output). All atferd som ikke er knyttet til disse funksjonene ligger utenfor systemet (Skjørshammer 2004).

2.4.12 Begrensninger

Begrensninger er et systembegrep som refererer til forventninger eller betingelser som omgivelsene pålegger systemet, eller som kommer innenfra systemet selv. De ytre

begrensningene kan være som følge av geografiske forhold, økonomi, lovgivning, tilgjengelig teknologi, politiske forhold og eierforhold.

Indre begrensninger er atferd og krefter som kommer fra systemet selv, og som begrenser i hvilken grad systemet er i stand til å tilpasse seg nye målsettinger og realiteter. Disse kreftene kan også nedfelle seg i forventninger som organisasjonen må imøtekomme (for eksempel fra brukere), sier Skjørshammer.

Begrepet *organisasjonskultur* brukes i dag ofte for å forklare slike indre begrensninger i organisasjoner med hensyn til læring, utvikling og vekst.

Det er viktig å identifisere begrensninger og hvordan de representerer betingelser som systemet må arbeide med.

Med begrepet *begrensninger* menes ikke her noe av absolutt karakter som ikke lar seg forandre, men på et gitt analysetidspunkt må en betrakte de begrensningene som identifiseres som gitte betingelser. Over tid kan de forandres, for eksempel som følge av systemets egen virksomhet og bestrebelser på å endre sine rammevilkår (Skjørshammer 2004).

Begrensninger assosieres vanligvis med negative og restriktive forhold, men begrensninger kan for eksempel vurderes som gode, dårlige, positive, negative, akseptable eller etiske og kan ikke besvares ut fra systemet selv. En slik verdifastsetting er avhengig av øynene som ser, og ens organisasjonsmessige, faglige, sosiale og kulturelle ståsted. En viktig type *indre begrensninger* er de ansattes *kompetanse*, eller brukernes kulturelle, sosiale og religiøse forestillinger. utfordringer i forbindelse med spesielle tilnærminger mht omsorg og behandling vil i et systemteoretisk perspektiv kun være knyttet til at helsearbeidere klarer å ivareta og inkludere betingede faktorer i planlegging og utøvelse av faget (ibid).

2.4.13 Stabilitet i systemet

Åpne systemer må hele tiden tilpasse seg omgivelsene og de *forandringene* som skjer i miljøet. I hvilken utstrekning det er mulig for systemet og på hvilken måte, er avhengig av systemets behov for og evne til å ivareta sin balanse. I ethvert system er det krefter, eller en indre begrensning, som virker i retning av å bevare systemets karakter og stabilitet. Sosiale systemer varierer derfor med hensyn til hvor mye forandring de klarer å mestre uten å få store problemer eller å gå i oppløsning.

De ansatte er ikke passive og føyelige brikker. Ethvert forsøk på endringer og tilpasning til organisasjonsmessige behov må ta *motstand* med i beregningen. Mange organisasjoner i helsetjenesten er i dag i ubalanse som følge av for eksempel sammenslåinger og

budsjettnedskjæringer. Over tid er balanse i systemet helt avgjørende for sunnhetstilstanden i organisasjonen. En slik balanse kan komme til uttrykk i at relasjonene mellom delene er preget av en vinn – vinn - samhandling som gjør det mulig for alle å oppleve dynamisk trivsel og vekst. Dersom samhandlingen preges for mye av vinn – tap - relasjoner mellom delene, oppstår det ubalanse og manglende *homøostase* i systemet. Konsekvensene av dette på sikt kan være at systemet bryter sammen, hevder Skjørshammer. Per definisjon innebærer en vinn – tap – samhandling mellom delene en suboptimalisering av systemet som helhet (Skjørshammer 2004).

2.4.14 Tilbakemelding (feedback)

Balansen i systemet opprettholdes gjennom tilbakemeldinger eller tilbakeføringsprosesser (feedback), som er en av de viktigste måtene å kontrollere systemer på. Kjernen i feedbackfunksjonen er at informasjon om systemets tilstand knyttes sammen med en referanse til en verdi, norm eller standard for systemet. Standarden eller verdien kan være de ansattes ”selvbilde”, organisasjonens mål, målsettinger og formål eller profesjonelle standarder for faglig og etisk handling. Det betyr i praksis at en diskrepans mellom standarder eller verdier og faktisk tilstand utløser handlinger i systemet eller i forhold til omgivelsene som har til hensikt å redusere dette opplevde avviket. Disse standardene eller verdiene defineres ofte av det hierarkisk overliggende systemet og tilbakeføringsprosessene i systemet formidler informasjon om systemets atferd, resultatene av dets virksomhet eller kunnskap om omgivelsene.

I sosiale systemer som består av mennesker, kommer den vesentlige delen av tilbakemeldingene i form av ønsker, tanker, forventninger, refleksjoner, uttrykte følelser og opplevelser fra medlemmer eller brukere av systemet. Informasjonsbegrepet må i denne sammenhengen derfor forstås vidt, som ”all tilbakemelding som oppleves som meningsfull vedrørende systemets fungering”, hevder Skjørshammer (2009: 53).

Negativ feedback er den enkleste typen tilbakeføringsprosesser. En slik informasjon av negativ art vil gjøre det mulig for systemet å korrigere eventuelle avvik i forhold til normer og målsettinger. *Positiv feedback* vil kunne bidra til å forsterke og bevare et avvik og gjøre det større fordi det da ikke får muligheten til å bli korrigert.

Det er viktig å være klar over at systemer er selektive med hensyn til hva slags type informasjon de mottar og klarer å nyttiggjøre seg. Skjørshammer forklarer videre at det skjer en koding i form av at stimulusmangfoldet i omgivelsene reduseres til meningsfulle

kategorier som systemet kan akseptere og bearbeide. I praksis betyr det at en i organisasjonssammenheng kan nyttiggjøre seg den informasjon og kunnskap som lar seg begripe gjennom de kunnskapsmessige, sosiale, kulturelle og religiøse forestillinger som er dominerende.

Sosiale systemer er spontane og de er i stand til å vokse, lære og utvikle seg: Når det gjelder levende organismer og sosiale systemer, så er det ikke mulig å forstå det som skjer i disse systemene bare ved hjelp av positiv og negativ feedback. Sosiale systemer er derfor preget av en dynamisk balanse mellom de prosessene som hele tiden søker å opprettholde og bevare systemets egenart, og de prosessene som søker å endre det. Dette forholdet har viktige implikasjoner for utviklingsutvikling, hevder Skjørshammer. Dersom man ønsker å både sikre og utvikle et system samtidig, innebærer det kanskje at en arbeider for gradvis forandring (inkrementell) og ikke radikale brudd.

I organisasjoner der slike bevarende feedbackprosesser dominerer og man ønsker å stimulere til utvikling og vekst, kreves det aktiv handling for å få forandret systemets funksjonsnivå. Det kan blant annet skje ved at man gir nye og annerledes tilbakemeldinger om systemet. Ofte kan en i organisasjoner se at uuttalte regler om at man ikke må forandre noe, bevare kontroll og minimalisere det uventede, styrer organisasjonen. Gjennom utvikling av regler for sosial samhandling som støtter oppunder dette, og med tilhørende mentale forestillinger, ivaretar systemet sin balanse (Skjørshammer 2004).

2.4.15 Entropi

Entropiske prosesser er de som reduserer stabile mønstre og forutsigbarhet i systemer, bryter ned systemer og resulterer i tilfeldighet, kaos, oppløsning og kanskje død. I naturen er det slik at alle levende organismer til slutt dør og går i oppløsning. Slike entropiske prosesser fins i alle fysiske og sosiale systemer. Entropiske krefter kan komme innenfra eller utenfra, og i sosiale systemer som organisasjoner kjennetegnes de ved at de reduserer sammenhengen i kommunikasjon og samhandling, reduserer helheten og for eksempel forvrenger informasjon til mottaker. Det blir således nødvendig å motstå entropi, og dette kalles negativ entropi. Dette kan skje gjennom vekst, oppsamling av energi og ressurser for å møte en usikker framtid eller i kommunikasjonssammenheng ved hjelp av ”overflod” (*redundancy*). For å motstå de entropiske prosessene over tid må de ansatte i organisasjonen oppleve at de får et energioverskudd – ”noe igjen” – fra å samhandle med omgivelsene eller konteksten eller deler av systemet eller undersystemer. I

kommunikasjonssammenheng viser negativ entropi seg ved at ufullstendige og uklare budskap mottas intakt fordi mottakeren klarer å fylle ut det som mangler av detaljer (Skjørshammer 2004).

2.4.16 Ekvifinalitet

Ekvifinalitet er det siste styringsprinsippet for å forstå organisasjoner. Begrepet presiserer at det alltid fins mer enn én metode (*one best way*), strategi eller fremgangsmåte for å produsere et bestemt resultat eller oppnå en bestemt målsetting. Organisasjoner er sosiale systemer og må utformes, administreres og utvikles på bakgrunn av de omgivelsene og miljøene de er en del av. Organisasjonsarbeid må derfor på denne bakgrunn defineres lokalt og ikke ut fra forutgitte antagelser.

Dette er et perspektiv som er viktig i helseorganisasjoner, idet det representerer en utfordring for fagprofesjonenes mer eller mindre bastante oppfatninger om hvordan helseorganisasjoner bør utformes, hvordan behandlingsprosesser bør gjennomføres, og hva som kjennetegner ”riktige tjenester” (Skjørshammer 2004).

2.4.17 Kompleksitet og irrasjonalitet

Enkle og endimensjonale oppfatninger om menneskets vesen, enten som pasient eller som fagprofesjonell, virker ikke. Å anerkjenne betydningen av ekvifinalitetsprinsippet er kanskje særlig viktig i komplekse organisasjoner, for eksempel i helseorganisasjoner, som også er arbeidsintensive. Det er lett å overse denne kompleksiteten i en organisasjon; kompleksitet betyr ikke bare at ”alt henger sammen med alt” men vel så mye at en ikke vet hvordan ting henger sammen. I systemteori har ikke dette som konsekvens at lederen må arbeide med ”alt” samtidig, men det betyr at de intervensjoner og tiltak som skal gjennomføres, i størst mulig grad bør være underlagt en helhetsforståelse. Det betyr at en bør tilstrebe løsninger som har mange komponenter ved seg, og som har en effekt på de viktigste identifiserte årsakene.

Enhver løsning og ethvert tiltak som administrasjonen og ledelsen initierer, har både forutsette og uforutsette konsekvenser. Det kommer av at organisasjonen som system inneholder motsetninger og paradokser, og at systemet er løst koplet. I tillegg er all planlegging og problemanalyse i sin natur ufullstendig og mangelfull. Ikke desto mindre er

det viktig å prøve å identifisere ulike typer av konsekvenser på forhånd fordi de i neste omgang kan være årsaker til nye problemer (Skjørshammer 2004).

2.4.18 Noen innebygde konflikter i organisasjoner

De forskjellige systemprosessene skaper ulike sett av motsetninger og konflikter som systemet over tid må finne løsninger på. Det dreier seg om ulike konflikter mellom systemet, systemets deler og de omsluttende systemer. Entropi og vekstprosesser skaper ulike sett av interessekonflikter, sier Skjørshammer.

Det som en avdeling opplever som positivt, tjener nødvendigvis ikke en annen avdeling og det som tjener organisasjonen som helhet kan gå på tvers av en enkelt ansatts personlige mål. Over tid er alle aktører og deler av et system opptatt av å få noe mer igjen enn det de investerer i form av energi og ressurser i samhandling med andre.

Et annet sett av konflikter dreier seg om hvem som skal kontrollere systemets fungering, og hvordan dette skal gjøres. Organisasjoner som systemer har behov for å utføre sine oppgaver mest mulig effektivt (økonomisk) og med størst mulig effekt (resultater).

I tillegg vil vekstprosessene og medlemmenes personlige utviklingsbehov gi næring til en utviklingsprosess der systemet blir stadig mer spesialisert og differensiert.

Systemet holdes sammen av motgående prosesser karakterisert av koordinering og integrering av funksjoner. Dette skaper et behov for en balanse mellom differensiering og autonomi for deler av systemet på den ene siden, i forhold til koordinering og sentralisering av kontroll på den andre. I praksis diskuteres på bakgrunn av dette hvor desentralisert eller sentralisert skal lederfunksjoner være, eller hvor autonome skal ansatte eller avdelinger være (Skjørshammer).

2.4.19 Evaluering av systemets output-nivå

Resultatene av behandlingsarbeidet resulterer i outputs som helst bør inkorporere målsettingene til organisasjonen, selv om det alltid vil være en viss avstand mellom mål og resultater, poengterer Skjørshammer (2004).

Det fins mange forskjellige kriterier som kan legges til grunn for å vurdere organisasjonens resultater (outputs), blant annet effektivitet, produktivitet, lønnsomhet, bruker- og pasienttilfredshet, ansattes tilfredshet, kvalitet på tjenester og bidrag til det omliggende samfunn. Det er komplekse sammenhenger mellom disse kriteriene, og ofte står de i et

konfliktfylt forhold til hverandre. Hvilke kriterier som velges, og hvordan de vektlegges i forhold til hverandre, avhenger av hvilke interesser og perspektiver som legges til grunn. Skjørshammer beskriver videre hvordan det kan være nyttig – især i forbindelse med vurderinger av hvordan en helseorganisasjon fungerer, å snakke om system – outputs på tre nivåer: direkte outputs, effekter og konsekvenser.

Direkte outputs er de tjenester som produseres eller utføres av systemet uavhengig av hvordan de påvirker pasienten eller brukes av målgrupper i lokalsamfunnet, for eksempel antallet pasienter som er behandlet eller mengden av ulike tjenester som er utført (behandlinger, prosedyrer).

Effekter er de faktiske forandringer som har skjedd i forhold til de helseproblemer eller de pasienter og pårørende som omfattes av direkte outputs. Det kan for eksempel være effekter på somatisk, psykisk, sosial eller åndelig tilstand sammenlignet med innleggelsestidspunktet. Effektene er ofte de resultatene vi observerer i et kortsiktig perspektiv, for eksempel tre måneder etter utskriving.

Konsekvenser er definert som personlige eller sosiale fordeler eller ulemper som følge av systemets effekter, og da i et langsiktig perspektiv, opptil fem år etter behandlingen. Generelt er de positive konsekvensene av behandlingsvirksomhet økt levealder, redusert sykkelighet, økt livskvalitet, flere muligheter for livsutfoldelse, etc. Negative konsekvenser kan for eksempel være sykehuskapt sykdommer eller skader (ibid).

En helseorganisasjon kan ha gode positive resultater i form av økonomisk overskudd, men at konsekvensen for pasientene kan være negative fordi tilbudet har for dårlig kvalitet. Helseorganisasjoner må således kontinuerlig vurdere sine direkte outputs, for å se om det er rimelig balanse mellom disse og konsekvensene på sikt. Mye organisasjonsevaluering fokuserer ensidig på direkte outputs, mens det man egentlig ønsker, samt burde etterprøve, er effektene og konsekvensene. Outputs i form av konsekvenser av en behandling kan også påvirkes av aktører utenfor organisasjonen. Hvor mange output – nivåer en organisasjon finner hensiktsmessig å bruke, kan være avhengig av hva slags lidelser, sykdomsdiagnoser eller helseproblemer organisasjonen skal gjøre noe med, og tidsaspektet ved behandling, rehabilitering, eller helbredelse av disse. Mange organisasjoner har i for liten grad utviklet tilbakemeldingssystemer, hevder Skjørshammer (2004).

2.4.20 Hvordan holdes helseorganisasjonen som system sammen?

En av de store utfordringene i helseorganisasjoner er å få til helhetlige, sammenhengende behandlingsprosesser, såkalt sømløs pasientflyt, i en kompleks organisasjonssetting der delene er løst koplet. I tillegg er ledelsesfunksjonene med tilhørende planleggingsansvar splittet opp.

Det nødvendige samarbeidet mellom ansatte i en helseorganisasjon og deres samarbeidspartnere i omgivelsene kan holdes sammen på to måter: langsiktig planlegging, som nedfeller seg i rutiner, prosedyrer og arbeidsdeling, og kortsiktig planlegging, der strømmen av pasienter og fagpersoner koples sammen slik at både riktig pasient og riktig profesjon er tilstede mest mulig samtidig. Dette er ikke mulig å gjennomføre i detalj, hevder Skjørshammer. Det vil hele tiden oppstå uforutsette hendelser og de individuelle variasjonene er store. Derfor vil samhandlingen basere seg på at aktørene er i stand til gjensidig tilpasning. Det vil si at de ansatte er løsningsorienterte og klarer å inngå funksjonelle kompromisser, slik at helsetjenestene til pasientene kan gjennomføres maksimalt innenfor det som er mulig i den aktuelle situasjonen. *Mentale kart* kan være til hjelp for helsepersonell når de skal analysere, forstå, drifte og utvikle de tjenester og enheter de er satt til å levere eller lede. Mentale kart, eller tankemodeller, mener han kan være et bidrag i systemtenkningen og et forsøk på å imøtekomme behovet for forenkling i en kompleks organisasjon.

3 METODE

3.1 Innledning

Samfunnsvitenskap handler om mennesker i ulike typer samfunn, ikke bare om enkeltmennesker og grupper i samfunnet, men også om samfunnet som helhet. Samfunnsvitenskapen er basert på systematisk forskning om slike emner og omfatter de kunnskaper, teorier og metoder som utvikles i tilknytning til denne forskningen (Grønmo 2004).

Det forskere streber etter å finne ut er ”slik ting faktisk er” (ontologi), og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om denne virkeligheten, ”læren om kunnskap” (epistemologi) (Jacobsen 2005).

Avhengig av hva en ønsker mer kunnskap om, problemstilling og kontekst for undersøkelsen samt hvilken teori en ønsker å belyse, vil forskeren ta et valg mht bruk av metode. Metoden angir hvilke fremgangsmåter som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten. Deduktiv metode er en strategi der forskeren går fra teori til empiri, mens alternativet kalles en induktiv tilnærming. Der går forskeren motsatt vei, fra ”empiri til teori” (Jacobsen 2005).

All forskningsmetode, enten den er kvalitativ eller kvantitativ, må tilfredsstillende de grunnleggende krav som vi stiller til verktøy som skal bidra til å levere vitenskapelig kunnskap (Malterud 2003).

I denne oppgaven vil jeg, ett år før samhandlingsreformen innføres, søke å belyse de utfordringer som enhetslederen i spesialisthelsetjenesten, Helse Nordmøre og Romsdal HF (tidligere), kan få i forbindelse med strukturelle endringer i organisasjonen når pasientforløp skal implementeres på tvers av nivåene i helsetjenesten. Populasjonen som skal undersøkes med tanke på problemstillingen er ansatte og enhetsledere som har ansvar for behandling av kreftpasienter i to lokalsykehus.

I det følgende vil jeg i dette kapittelet gi en beskrivelse av både kvalitativ og kvantitativ metode for å klargjøre forskjellene på de to metodiske tilnærmingene. Deretter vil jeg begrunne mitt valg av metode for å gjøre undersøkelsen. Jeg vil belyse utvalg og respondenter, beskrive den praktiske gjennomføringen av oppgaven samt gjøre en vurdering av oppgavens kvalitet med tanke på reliabilitet og validitet. Jeg vil i siste avsnitt reflektere omkring mulighetene for påvirkning av undersøkelsens resultat som følge av min egen forforståelse.

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder, i internasjonal litteratur også omtalt som *naturalistic inquiry* eller *interpretive inquiry*, bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud 2003).

I utgangspunktet er metoden induktiv; det er en åpen metode der forskeren forsøker å legge så få føringer som mulig på den informasjon som skal samles inn. Kvalitative tilnærminger vil derfor ofte ha høy begrepsgyldighet (Jacobsen 2005).

Metodene omfatter strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale og målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng. Metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser og en økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver og derfor får forskerens perspektiv og posisjon for samtalen stor betydning for hva slags kunnskap som kommer fram.

Intervjuer med individuelle informanter kan utføres som dybdeintervjuer eller semistrukturerte intervjuer. Datainnsamlingen bærer preg av nærhet mellom forsker og informant. Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten rundt samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Derfor er det spesielt viktig at forskeren forstår hva som foregår mellom informant og intervjuer, og hvilken betydning dette har for tolkning og funn.

Kvalitative tilnærminger er også fleksible. Problemstillingen kan endres etter hvert som forskeren får vite mer. Prosessen blir interaktiv; problemstillingen og datainnsamlingsmetoden kan endres etter hvert som undersøkelsen pågår (Jacobsen 2005). Først etter at informasjonen er samlet inn, blir den strukturert, satt i kategorier og delt opp i variabler som blir forbundet med hverandre. På denne måten får forskeren informasjon som er relevant for den som blir spurt, snakket med eller observert (Jacobsen 2005).

I kvalitative metoder kan det handle om å fokusere på egenskaper og kjennetegn til forskjell fra mengder og fordelinger. Metoden kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Metoden er godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller ved problemstillinger der vi på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer. De

kvalitative metodene kan brukes til å utvikle nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. (Malterud 2003)

Utfordringene med den kvalitative metoden kan være at den er ressurskrevende. En må ofte nøye seg med få informanter og velge mange variabler foran mange enheter. Få informanter kan gi et problem med representativiteten og generaliserbarheten. Er disse få informantene representative for andre enn dem selv, og har innsamlede data fra få informanter også ekstern gyldighet (Jacobsen 2005)?

3.3 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode bygger på måldata i form av tallmaterialer som kan bearbeides statistisk. Den kvantitative metoden er best egnet når en ønsker å beskrive hyppigheten eller omfanget av et fenomen (en holdning, en type atferd og lignende) i et utvalg av en populasjon. Fenomenets generaliserbarhet er ofte avhengig av antallet inkluderte enheter i form av respondenter.

I kvantitative undersøkelser dreier det seg ofte om å studere og beskrive omfang, fordeling, forskjell, samvariasjon eller prediksjon og tilnærmingen er ofte deduktiv. Hovedpoenget er at kvantitativ tilnærming baserer seg på at kategorisering og presisering av sentrale begreper gjøres *før* den empiriske undersøkelsen kan gjennomføres. Dette særpreget ved kvantitativ metode innebærer a) at en må legge spesiell vekt på operasjonalisering av begreper (gjøre begrepet mer målbart), og b) at denne forhåndskategoriseringen gjør det mulig å standardisere informasjon i form av tall. Dermed kan en lage en effektiv statistisk analyse der en kan trekke inn mange enheter. Dette gjør også at begrepsmessig gyldighet blir svært sentralt (Jacobsen 2005).

For at kvantitativ metode skal kunne brukes slik, må flere betingelser være oppfylt. En må kjenne det fenomenet en skal studere, godt nok til å kunne gi en meningsfylt og entydig definisjon og operasjonalisering av de variabler en vil bruke. En må også kjenne feltet godt nok til at en kan utforme en relevant og velformulert hypotese eller problemstilling som i det videre forskningsopplegget henholdsvis skal testes eller belyses ved hjelp av tall og statistikk.

Metoden som benyttes for innsamling av primærdata i kvantitative undersøkelser er dominert av et strukturert opplegg i form av *spørreskjema med lukkede svaralternativer*. Respondentene kan kun svare innenfor de rammer som på forhånd er definert i undersøkelsen og respondentene tvinges for eksempel inn i svarkategorier av typen ”ja”, ”nei”, ”helt enig”, ”fungerer ikke”, osv. (Jacobsen 2005).

I en kvantitativ undersøkelse må en være relativt sikker på at de spørsmålene en stiller, og de svaralternativene en gir, oppleves som relevante av de som skal svare.

Åpne spørsmål blir ofte benyttet som et tillegg til det strukturerte spørreskjemaet.

Forskeren har ikke alltid oversikt over alle tenkelige svaralternativer og et åpent spørsmål kan bidra til å innhente informasjon om nyanser fra respondentenes svar.

Det ovenfor nevnte innebærer at forskerens forhold til datakildene ved kvantitative undersøkelser er i større grad preget av avstand og selektivitet enn ved kvalitative undersøkelser.

I forskning kan en ofte velge å gjennomføre en pilotstudie for å på forhånd finne ut noe om hvordan et spørreskjema fungerer. Det er også mulig å benytte spørreskjema som andre forskere allerede har standardisert og validert. En må selvfølgelig gjøre de endringer som er nødvendig slik at spørsmålene stilles ut fra det perspektivet som en ønsker å få svar.

Det er også en mulighet, og sannsynligvis en styrke for resultatet av undersøkelsen, å innhente informasjon i form av kvalitative data som et tillegg til den kvantitative undersøkelsen. Sammenlignet med rent kvalitative eller rent kvantitative data kan forskning basert på kombinasjoner av kvalitative og kvantitative data bidra til en mer samlet og helhetlig forståelse av de samfunnsforholdene som studeres (Grønmo 2004).

Kvantitativ metode har den åpenbare fordelen at den standardiserer informasjonen og gjør den lett å behandle ved hjelp av dataprogram. Det er mulig å få oversikt over et stort og komplekst materiale på en forholdsvis enkel måte. Den kvantitative metoden har også en klarere start og slutt, og vil derfor være enklere å avgrense. En sier også at denne typen undersøkelse har høy ekstern gyldighet; det handler om at en kan spørre mange respondenter og få et representativt utvalg. Dermed øker også muligheten for å generalisere fra respondentene til alle de en er interessert i å uttale seg om.

Metoden kjennetegnes også av at en kan beskrive et gitt forhold relativt presist, spesielt når det gjelder utstrekning eller omfang av et fenomen. Fordeling av svar på et spørsmål kan beskrives eksakt i prosent eller antall, og generaliseres med en kjent grad av usikkerhet. En vil også kunne vurdere variasjoner i ulike forhold og ikke minst noe om samvariasjon.

Denne tilnærmingen gjør det lettere å strukturere informasjon, å trekke fram hovedtrekkene, det typiske, det vanlige og avvikene fra disse normaltilfellene. Det er oftest summen av enkeltindivider en kan si noe om i en kvantitativ undersøkelse, flertallet og mindretallet.

Det kan både være en ulempe og en fordel at en lett kan bevare en kritisk avstand til de en undersøker. En utvikler her ingen personlige bindinger, og den enkelte respondent er bare

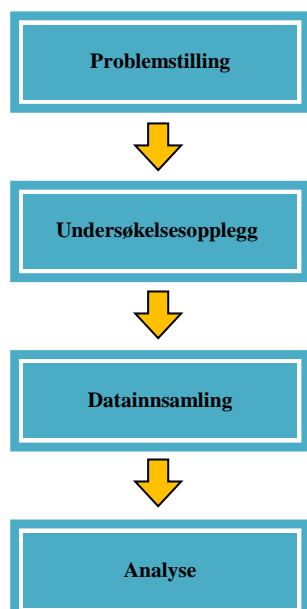
en ”ansiktsløs enhet” og fokuset på det mer generelle som en her ønsker å undersøke blir styrket. På den annen side har heller ikke respondenten mulighet for å spørre forskeren om uklarheter i spørreskjema. En kan derfor si at den kvantitative metoden kan ha problemer med begrepsgyldigheten (Jacobsen 2005).

En annen fare er at undersøkeren definerer på forhånd hva som er relevant å svare på. Forskeren mener at spørsmålet er relevant og riktig men det kan aldri garanteres at de som svarer på spørreskjemaet har den samme oppfatningen. Dermed blir spørsmålet ”Hva er det egentlig vi måler?” mer relevant i forbindelse med en kvantitativ metode enn med en kvalitativ.

Kvantitativ metode er også forbundet med undersøkelseeffekter. Det kan være at respondenter ikke svarer (frafall) og at dette frafallet er systematisk skjevt ved at en gruppe ikke svarer. Undersøkelseeffekter kan også handle om spørsmålsformulering, tilgjengelige svaralternativ, i hvilken rekkefølge svarene kommer, osv. Dette kan lede til svar som mer er et resultat av undersøkelsen, enn en måling av hva folk faktisk mener, hevder Jakobsen. Repliserbarhet er også framholdt som viktig i forskning. Det innebærer at en annen forsker som gjennomfører et identisk forskningsopplegg, kommer fram til samme resultat. Mange vil hevde at det er umulig å fjerne påvirkning helt og at forskning ikke vil være objektiv og nøytral.

I kvantitative tilnærminger er fasene mer sekvensielle enn i kvalitative tilnærminger, dvs. at de kommer etter hverandre i tid. Dermed blir forskningsopplegget mindre fleksibelt enn det kvalitative. I en enkel figur (Jacobsen 2005, s. 133) vises den kvantitative undersøkelsesprosessen som en sekvensiell prosess:

Figur 7.5 viser en skisse av hovedtrinnene av et kvantitativt forskningsopplegg



Når det gjelder analyse av målbare forhold i en kvantitativ undersøkelse, påpekes det i litteraturen at data vil tolkes og kontekstualiseres på forskjellig måte avhengig av forskernes grunnleggende orientering – både mht vitenskapsteori og substanssteori (kjennskap til det aktuelle forskningsfeltet) (Thornquist 2003).

Problemstillingen i min undersøkelse er knyttet til implementering av helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene i helsetjenesten. Undersøkelsen er en kartlegging i forkant av at samhandlingsreformen innføres, og jeg ønsket derfor å få svar fra så mange enheter i et utvalg i spesialisthelsetjenesten som mulig. Jeg valgte å benytte kvantitativ metode, jfr kapittel 3.5.

3.4 Metodevalg

Data fra undersøkelsen i denne oppgaven skal som tidligere nevnt bidra inn i prosjektet *”Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi”* som er et samarbeid mellom representanter fra helsetjenesten i 5 kommuner, høgskole og helseforetak.

Et av prosjektets resultatmål er at *”det skal utarbeides helhetlige pasientforløp innen målgruppene geriatri og smertelindring. Pasientforløpene skal så implementeres i korttidsavdelinger i kommunenes eksisterende sykehjem. Dette forutsetter samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i forhold til utarbeidelse av pasientforløp og gjensidighet i kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste slik at forløpene blir gjennomførbare i praksis.”*

I samhandlingsreformen gis det uttrykk for at både helseforetakets og kommunehelsetjenestens ledere og ansatte står overfor en utfordring i form av «nye måter» å arbeide sammen på. I kapittel 4.3.1 og 4.3.2 blir det redegjort for samhandlingsreformens idealer og hovedutfordringer.

Jeg har vært ansatt som enhetsleder i helseforetaket siden 1999 og mener at jeg generelt sett er relativt godt orientert om de ulike tiltak som er iverksatt i forbindelse med pasientforløp og samhandlingsreformen så langt. I en periode på tre år har jeg også hatt ansvar som rådgiver for områdene utdanning, etikk og forskning i helseforetaket. Dette påpekes fordi kjennskap til feltet som undersøkes vil være av betydning for operasjonalisering av variabler, utforming av et best mulig redskap for å sikre innsamling av relevante data.

Undersøkelsen som skal være underlag for analyse av problemstillingen i denne masteroppgaven går ut på å gjøre en studie av enhetsledere og ansatte i helseforetaket ved hjelp av kvantitativ metode, nærmere bestemt ved at de ansatte svarer på et strukturert spørreskjema med lukkede svaralternativ. Spørsmålene i spørreskjemaet er ferdig formulerte og en kan si at de er presise. De har til hensikt å gjøre fenomener målbare. Selv om kvantitativ analyse består av opptelling, betyr det ikke at dataene bare består av tall. De vil representere en mening i tilfeller hvor respondentene blir bedt om å svare ”uenig”, ”fungerer godt”, osv på spørsmål eller påstander i spørreskjemaet.

Årsaken til at kvantitativ metode ble valgt er at metoden gir en større oversikt og vil vise det som er representativt og gjennomsnittelig for den gruppen av mennesker som det forskes på. En får opplysninger om mange undersøkelsesenheter og en kan derfor lettere danne seg et bilde av for eksempel generelle holdninger i en større gruppe mennesker. I en kvantitativ undersøkelse blir spørsmålene standardisert slik at alle undersøkelsesenheter blir stilt overfor de samme spørsmålene i spørreskjemaet.

Jeg var interessert i å vite mer om hyppighet eller omfang av spesielle fenomen i organisasjonen. Jeg håpet å kunne få så mange svar at jeg i analysen kunne si noe om forskjeller eller likheter, sammenhenger eller mønstre, i oppfatninger av enkelte fenomen både mellom enhetsledere og ansatte og også mellom leger og sykepleiere. Med mange nok svar ville det kanskje også være mulig å hentyde til at funn til en viss grad kunne være relevant for andre, dvs. om det kan være mulig å generalisere funn til andre enn ansatte ved de avdelingene som inngikk i undersøkelsen.

Jeg er klar over at dersom jeg hadde valgt å gjøre en kvalitativ datasamling i kombinasjon med den kvantitative, metodetriangulering, ville jeg sannsynligvis kunne ha oppnådd å innhente data med større dybde mht verdier og kultur. Litteratur om metode påpeker blant annet at kvalitativ metode kan bidra til å utvikle forståelsen av mening mellom menneskelige forhold og sosiale strukturer. Det var ikke tidsressurser til å supplere undersøkelsen med en kvalitativ studie innenfor rammen av masterutdanningen. Om det forskningsmessig er heldig å gjøre intervjuundersøkelse med kjente kollega som informanter, er vel også heller lite trolig.

Kvantitativ metode så jeg kunne være utfordrende av den grunn at det ikke var mulighet for å gjøre endringer i forskningsopplegget underveis eller mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål, men også spennende fordi jeg sannsynligvis måtte lære å utføre enkle univariate analyser av data i statistikkprogram.

Helse Nordmøre og Romsdal HF (tidligere) var en stor organisasjon med 1830 årsverk. Dersom det skulle være aktuelt å gjenta spørreundersøkelsen på et senere tidspunkt, for eksempel noen år etter at samhandlingsreformen er innført, kan det kanskje la seg gjøre siden undersøkelsen var basert på kvantitativ metode.

I tillegg til de lukkede spørsmål inneholdt også spørreskjemaet 3 åpne spørsmål der de ansatte kunne uttrykke sine meninger med egne ord.

3.5 Valg av respondenter

Den naturlige populasjonen for undersøkelsen var ansatte ved sykehusene i Molde og Kristiansund. Mange av pasientene benytter sykehusene avhengig av hvor de bor i kommunen eller pga hvilke funksjoner som finnes ved det enkelte sykehus; det var derfor naturlig å samle inn data fra begge sykehusene. Dette blir da undersøkelsens populasjon. Siden pasientforløpene som skal utarbeides i prosjektet ”Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi”, blant annet innen geriatri og smertelindring, er det stor sannsynlighet for at ansatte i helseforetaket som til daglig har ansvar for kreftpasienter, vil komme til å få befatning med utarbeidelse eller bruk av pasientforløp. Det er velkjent at antallet eldre øker og også at antallet eldre med kreft øker. Jeg valgte derfor å invitere følgende utvalg, målgruppe av ansatte, til spørreundersøkelsen:

Ansatte som arbeider med voksne kreftpasienter i Helse Nordmøre og Romsdal HF besvare på spørreskjemaet; avdelingssjefer og enhetsledere, leger, sykepleiere, prest, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog, fysioterapeut, evt. andre.

I tilleggstekst sto det i e-posten: *Det er ønskelig at ikke bare de som har hovedfokus på kreftpasienten svarer, men også de som noe sjeldnere er i befatning med kreftpasienter. En ber spesielt om at ledere som har ansvar for enheter som behandler kreftpasienter tar seg tid til å svare.*

Til slutt sto det: *Du må selv avgjøre om du er i målgruppen som skal svare på spørreskjemaet. Spørreundersøkelsen er anonym.*

I stedet for å på forhånd finne ut hvem som til daglig arbeider med eller som leder har ansvaret for kreftpasienter i helseforetaket, valgte jeg å sende ut e-post til alle ansatte som selv måtte forholde seg til inklusjonskriteriene. Jeg fikk et utvalg på N = 63-66 enheter, da med noe ulikt antall svar på de ulike spørsmål. Som følge av denne framgangsmåten vil jeg ikke kunne operere med svarprosent. Jeg mener at det ikke vil få noen følger for analysen.

Enheter valgte selv å svare på elektronisk spørreskjema. Det er vanskelig å vurdere om alle som fylte inklusjonskriteriene valgte å svare.

Siden kreft er en sykdom som kan ramme de fleste organ vil en ha kreftpasienter til behandling ved de fleste avdelingene i helseforetaket. Jeg vil anta at respondentene som har svart i hovedsak er tilknyttet de avdelingene som behandler kreft innenfor fagområdene medisin, kirurgi og gynekologi.

Jeg vil til slutt presisere at *konteksten* er sykehuset; det er de spesielle rammene som undersøkelsesenheterne befinner seg innenfor. Den populasjonen som her er valgt, *ansatte som arbeider med voksne kreftpasienter i Helse Nordmøre og Romsdal HF*, sier noe om hvilket gyldighetsområde oppgavens problemstilling har.

3.6 Utforming av spørreskjema og praktisk gjennomføring

I litteraturen (Jacobsen 2005) og som nevnt tidligere, er det problemstillingen som bør bestemme hva slags metode vi skal anvende for å samle inn empiri. Det er også problemstillingen som bestemmer hva slags undersøkelsesopplegg som bør benyttes.

I min oppgave valgte jeg et kvantitativt undersøkelsesopplegg. Jeg ønsket å gå i bredden for å forsøke å få en presis beskrivelse av omfanget, utstrekningen og eller hyppigheten av ulike fenomen hos ansatte og ledere i de avdelinger og enheter som behandler kreftpasienter i helseforetaket. Tilnærmingen var deduktiv; jeg valgte å gå fra teori til empiri.

Utfordringen ble videre å skulle komponere et spørreskjema som ville gi de resultater som var nødvendig for å kunne svare på problemstillingen. Jacobsen understreker at validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) er viktig å vurdere allerede i forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjema, jfr. avsnitt 3.8.2 og 3.8.3.

Videre i prosessen fram mot ferdig spørreskjema valgte jeg å operasjonalisere, gjøre abstrakte begrep til noe målbart, følgende begrep i problemstillingen: *Enhetslederens utfordringer, implementering av pasientforløp, på tvers av nivå i helsetjenesten, endring og samhandling.*

For å forsikre meg om at spørsmålene var forståelige og mulig å svare på, ble spørreskjemaet på forhånd testet ut på fem ledere og ansatte i helseforetaket. Viktige tilbakemeldinger medførte justeringer i utarbeidelsen av det endelige skjemaet. Det endelige skjemaet inneholdt 14 lukkede og 3 åpne spørsmål og var på 7 sider. Side 1, spørsmål 1-7 inneholdt spørsmål i kategorien bakgrunnsinformasjon, slik som arbeidssted,

nåværende stilling, utdanningsbakgrunn, videreutdanninger og antall år arbeidet ved nåværende sykehus, andre sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

De øvrige spørsmålene, fra spørsmål 8 – spørsmål 14, omhandlet internt og eksternt samarbeid/samhandling/samordning, hva som kan hemme god oppfølging av kreftpasienter, kjennskap til eller kunnskap om kommunehelsetjenesten, fagkompetanse og fagutvikling i egen enhet, påstander om helhetlige pasientforløp, tiltak for mer helhetlige pasientforløp og fagutvikling og kompetanseutvikling i et ledelsesperspektiv. Det ble her gjort et forsøk på å systematisere spørsmål (variablene) i kategorier som naturlig hørte inn under samme tema.

Det ble benyttet ulike svaralternativer i spørreundersøkelsen: *Stemmer ikke – stemmer svært godt, virker hemmende – har ingen betydning, helt enig – helt uenig, fungerer dårlig og fungerer godt*. Alle spørsmålene hadde også svaralternativene *ingen mening og både og*. Alle svaralternativene ligger innenfor samme målenivå, *kategorisk* eller *nominal*. Dette er det laveste målenivå som betyr at en kun kan bruke svar til å gruppere enheter i ulike kategorier og uttale seg om likhet og ulikhet, dvs. om de har krysset av for samme eller forskjellige svaralternativer. Spørreskjema i sin helhet med resultat er vedlagt undersøkelsen.

Det ble tidlig bestemt at undersøkelsen skulle gjennomføres elektronisk via systemet Quest - back. I etterkant må jeg medgi at det helt sikkert sparte meg for mye praktisk arbeid som jeg ville ha fått ved blant annet manuell distribusjon av spørreskjema.

Helseforetakets ledelse fikk tilsendt spørreskjema for godkjennelse før utsending og jeg var velkommen til å benytte foretakets e-postsystem, Outlook, mht å sende ut invitasjon om å delta i spørreundersøkelsen.

Purring i form av e-post til adressen ”alle” i helseforetaket ble gjort fire ganger. I tillegg gjorde jeg en ringerunde til alle enhetsledere, der jeg minnet dem på undersøkelsen og oppgaven med utfylling av elektronisk spørreskjema. Quest – back ble ”lukket” 18. februar 2011; ledere og ansatte i helseforetaket hadde da hatt svarfrist og utvidet svarfrist fra 24. januar, til sammen 4 uker å svare på. Da hadde 66 ansatte svart på undersøkelsen.

3.7 Dataanalyse

Statistikkprogrammet *NSD STAT* ble anskaffet og benyttet i forbindelse med analyser i form av frekvenstabeller og stolpediagram av innkomne data. Høgskolen ved veileder og en ansatt rådgiver, var bidragsyttere og gode støttespillere mht å kode resultatene.

Statistikkprogrammet gjorde det mulig å gjøre univariate krystabeller mellom utvalgt bakgrunnsinformasjon (uavhengige variabler) og de enkelte spørsmålene (avhengige variablene). Det er spesielt likheter og forskjeller mellom ledere og øvrige ansatte og også mellom sykepleiere og leger som er interessant å se spesielt på i forhold til masteroppgavens problemstilling.

Spørreskjemaets 14 spørsmål genererte 112 variabler, noe som igjen medførte en stor mengde informasjon. Jeg har her forsøkt å trekke ut svar med spesiell relevans for problemstillingen.

Epistemologisk er utgangspunktet at det er umulig å tenke seg en objektiv kunnskap om samfunnet. Hva vi ser, vil avhenge av hva vi er interessert i, hva vi er opplært til å se og hva vi er opplært til ikke å se. I nyere vitenskapsteori er det en ganske bred enighet om at vi bare kan få en delvis og subjektiv forståelse av sosiale fenomener. Hegel, Kant, Husserl og Habermas har i ulik form utviklet begrepet *intersubjektivitet*. Utgangspunktet er at all kunnskap er subjektiv. Men det finnes situasjoner der flere individer oppfatter samme fenomen på samme måte. Oppfatningen og forståelsen er den samme på tvers av individer. I dette ligger det at jo flere som kan enes om hvordan et fenomen ser ut eller kan forklares, desto større sannsynlighet er det for at dette er en "sann" beskrivelse. Intersubjektivitet setter altså enighet mellom mennesker i stedet for begrepet sannhet. Dermed kan vi også snakke om en virkelighet som går på tvers av ulike kontekster, og dermed transcenderer – overskrider – grensene satt av en spesifikk kontekst. Men enkelte trekk ved virkeligheten vil det være lettere å finne en bred enighet om enn andre (Jacobsen 2005).

Med andre ord, hvis alle oppfatter spørsmålene i spørreskjema forskjellig vil ikke forutsetningen om intersubjektivitet være oppfylt.

Selv om det bare er 66 ansatte som har svart på spørreskjemaet, framstår fordelingen som godt fordelt mellom ledere (N = 13) og øvrige ansatte (N = 50-53) og også mellom sykepleiere (N = 28-30) og leger (N = 20-22). Vedlagte spørreskjema med prosenttuering viser også at svarene er godt fordelt mellom de to sykehusene, både mht ledere og leger. Svaralternativet *ingen mening* er relativt hyppig brukt av respondentene i denne undersøkelsen. På enkelte spørsmål var det som forventet men i andre spørsmål kommer det inn som noe overraskende element i analysen. Blant annet i spørsmål som omhandlet pasientforløp kan det virke som om innholdet i selve begrepet pasientforløp var ukjent for mange.

Siden N = 63-66 er et lite antall respondenter vil jeg i analysen for det meste velge å slå sammen gruppene sykepleiere og sykepleiere med spesialutdanning til sykepleiergruppen

og leger og leger med spesialutdanning til legegruppen. Dette vil trolig lette oversikten i kapitlet med oppsummerende statistikk.

Jeg valgte å ikke legge stor vekt på de tre åpne spørsmålene da det ikke kom fram noe som ville være av avgjørende betydning for analysene i undersøkelsen. Spørsmålenes svar gjengis i sin helhet, i vedlegg.

3.8 Undersøkelsens kvalitet

3.8.1 Innledning

Litteraturen påpeker at samfunnsvitenskapens tre hovedoppgaver er å ta ansvar innenfor en analytisk oppgave, en kritisk oppgave og en konstruktiv oppgave.

Det er for øvrig i alt samfunnsvitenskapelig forskningsarbeid viktig å vektlegge tre grunnleggende prinsipper:

(1) Samfunnsvitenskapen bygger på sannhet som en overordnet verdi, (2) Oppfatninger av sannhet i samfunnsvitenskapen er teoretisk, metodologisk og kontekstuell forankret og (3) Vurderinger av sannhet i samfunnsvitenskapen bygger på rasjonelle og logiske kriterier (Grønmo 2004).

Jeg vil videre i dette kapitlet vurdere kvaliteten på den undersøkelsen som jeg har gjennomført ved å se på validitet og reliabilitet.

3.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om datamaterialets pålitelighet. Reliabiliteten er spørsmål om nøyaktighet og kvalitetskontroll av selve undersøkelsesopplegget fra utforming av spørreskjema og til presentasjon og tolkning av resultat, det handler om hvor godt håndverk vi har utvist i løpet av undersøkelsen. For å reflektere omkring reliabiliteten i undersøkelsen mener Jacobsen (Jacobsen 2004) at det kan være nyttig å svare på følgende spørsmål: *Kan det undersøkelsesopplegget som er valgt, påvirke de resultatene en kommer fram til?* I forskningslitteraturen omtales dette også som *mulige metodologiske forklaringer*, om feilkilder og forhold som forstyrrer resultatene.

Reliabilitet er knyttet til hvorvidt undersøkelsen representerer den virkelige situasjonen; det handler om hvordan undersøkelsen er gjennomført.

I mitt kvantitative undersøkelsesopplegg ble det benyttet spørreskjema og således ikke kontakt mellom forsker og respondent annet enn at mange av de som svarte på spørreskjema sikkert hadde kjennskap til meg som ansatt. Jeg vil anta at det ikke påvirket

svarene i særlig grad siden undersøkelsen var anonym. Det var få avdelingssjefer i utvalget; jeg slo sammen kategoriene enhetsleder og avdelingssjef for å unngå at respondentene ikke ville svare som følge av uro for å bli gjenkjent. Jeg unnlot også av samme grunn å spørre etter kjønn og alder.

Utformingen av spørreskjemaet kan også være et kritisk punkt og lede til svak pålitelighet og feilkilder. Det kan for eksempel være ledende spørsmål, doble spørsmål, ledende spørsmålskontekst eller ord som respondenten ikke forstår (Grønmo 2005).

Mitt spørreskjema ble justert i flere omganger, samt at det på forhånd ble testet ut blant 5 ledere og ansatte i helseforetaket. Det kom da kun tilbakemelding om å føye til ekstra spørsmål; innholdet mht begrep og spørsmålsstilling mente de som utførte ”second-look” var forståelig.

I spørreskjemaet gav jeg bevisst respondentene muligheten til å benytte svaralternativet *ingen mening*. I varierende grad har ansatte benyttet seg av dette alternativet i de ulike spørsmålene. Det kan for eksempel bety at den ansatte enten *ikke forstår spørsmålet*, at han *ikke kjenner tema* i spørsmålet eller at han *ikke har gjort seg opp en mening* mht hva han skal svare. I min undersøkelse var *ingen mening* spesielt hyppig brukt i spørsmål 13 der de ansatte ble stilt en del spørsmål som inneholdt begrepet *helhetlige* eller *forhåndsdefinerte pasientforløp*. Det er mulig at begrepet pasientforløp skulle ha vært ytterligere operasjonalisert for å styrke påliteligheten i undersøkelsen. Kanskje årsaken til at det ble slik ligger i at det var, og fortsatt er, mye uklarerheter omkring begrepet. Uansett er svaret *ingen mening*, også et svar.

I kvantitative studier er mulighetene for kvalitetsforbedringer først og fremst knyttet til de kvalitetsvurderingene som foretas under utformingen av undersøkelsesopplegg. Både validiteten og reliabiliteten kan da styrkes gjennom endringer av undersøkelsesopplegget før den egentlige datainnsamlingen starter (Grønmo 2004).

Trekk ved respondenten slik som for eksempel at de ikke har nok kunnskap om det de skal svare på, eller interesse for feltet, kan også medføre at resultatene blir ukorrekte. Å kontrollere denne effekten er ikke enkel, men i min undersøkelse velger jeg å tenke at de fleste ansatte hadde rimelig god kjennskap til sin egen organisasjon og dermed var rimelig klar over hva de svarte på.

Trekk ved den konteksten respondenten befinner seg i når spørreskjema besvares kan også forstyrre resultatet. Helse Nordmøre og Romsdal HF (tidligere) var inne i en relativt turbulent periode mht omorganisering og en kan tenke seg at situasjonen kunne ha påvirket respondentenes svar. Jeg har vurdert dette i forhold og siden jeg i min undersøkelse har fått

så mange som 66 svar, mener jeg at *frafall* ikke er et problem; de ansatte har ikke reagert med å ikke svare på undersøkelsen. *Fordelingen* mellom sykehusene i Molde og Kristiansund mht svar var også relativ jevn (jfr. spørreskjema vedlagt undersøkelsen). Legegruppen bidro med 22 svar, noe som var bedre enn forventet siden undersøkelsen ble gjort av en sykepleier innenfor kategorien helsetjenesteforskning.

Å omdanne spørreskjema til tall kan føre til feil som kan påvirke resultatet. Tallfeil utgjør en større risiko jo mindre utvalget av respondenter er. Siden $N = 66$ er et relativt lite antall i forskningssammenheng vil jeg i min undersøkelse i enkelte sammenhenger operere med tallstørrelser mindre enn 10; det er for eksempel bare 13 enhetsledere som har svart på undersøkelsen. Jeg har for det meste valgt å ikke prosentuerer tallene i tabellene som presenteres i kapitlet der respondentenes svar presenteres. Å omgjøre antall til prosent når antallet er lavt kan føre til at leseren kan få feil inntrykk av virkeligheten.

Selve *analysen av registrerte data* er også en trussel mot påliteligheten i undersøkelser. Det kan for eksempel handle om mangel på kunnskap om statistikk eller om at informasjonen som ligger i data ikke utnyttes fullt ut. Når det gjelder min undersøkelse, en kvantitativ undersøkelse som skal beskrive et utvalg, ser jeg at dette kan være et kritisk punkt, men som masterstudent vil jeg kun benytte enkle analysemetoder. Dette støtter trolig påliteligheten. I større undersøkelser vil det være mulig å gjøre tilleggsundersøkelser for å kontrollere påliteligheten.

Reliabiliteten, at undersøkelsen er pålitelig, vil være en forutsetning for validiteten, eller sagt på en annen måte – en upålitelig undersøkelse kan neppe bli vurdert som gyldig.

3.8.3 Validitet

Validitet dreier seg om datamaterialets gyldighet i forhold til konkrete problemstillinger. I kvantitative studier skiller en mellom ulike typer validitet: *begrepsvaliditet* eller *definisjonsmessig validitet*, *intern validitet* og *ekstern validitet*.

Validitetsvurderinger bygger på systematiske og kritiske drøftinger av undersøkelsesopplegget, datasamlingen og datamaterialet med vekt på relevante validitetstyper. Slike validitetsvurderinger kan også underbygges empirisk gjennom sammenligninger av ulike typer data om de samme fenomenene. Dag Ingvar Jacobsen viser til at når det gjelder forskningens kvalitet er det viktig å kunne svare bekræftende på spørsmålet: "*Er undersøkelsesopplegget som velges, egnet til å belyse den problemstillingen som ønskes belyst?*". Svaret på dette spørsmålet vil ha konsekvenser for undersøkelsens gyldighet (validitet) og som nevnt med undersøkelsens kvalitet. Det hjelper

ikke å ha høy reliabilitet på undersøkelsen hvis validiteten er lav. Det er tolkningen av dataene som valideres og ikke selve målemetodene.

Begrepsvaliditet er nødvendig om forskningsresultatene skal bli meningsfulle, tolkbare og generaliserbare.

I min undersøkelse gjorde jeg en vurdering av i hvor stor grad spørreundersøkelsen evner å kaste lys over spørsmålene i problemstillingen min. Hadde jeg fått stilt de riktige spørsmålene, og ble de oppfattet tilnærmet likt av de ansatte?

Når det gjelder begrepet *pasientforløp* så jeg før spørreskjemaet ble utsendt at dersom det sto ”alene” kunne det bli en utfordring for validiteten. Begrepet pasientforløp er et meget sentralt begrep i min problemstilling. Begrepet er svært mye brukt i den offentlige debatten den senere tiden og en skulle derfor tro at de fleste ansatte i helsetjenesten har en formening om begrepsinnholdet. Likevel valgte jeg å sette følgende tekst lagt inn i spørreskjemaet etter spørsmålene som omhandlet bakgrunnsinformasjon:

”I dag blir ca 55 % av de som behandles for kreft friske av sin sykdom. Enkelte kan leve med sin kreftsykdom i svært mange år.

Behandling gis bl.a. i form av cytostatika, stålebehandling, operasjon, hormonbehandling, transplantasjoner, transfusjoner eller medikamentell behandling. De fleste pasientene er som regel i kontakt med helsetjenester både i egen kommune, i lokalsykehuset og i regionsykehuset i forbindelse med at behandling skal initieres, evalueres, gjennomføres eller oppfølges mht å lindre eller forebygge bivirkninger av behandling.

Helsetjenestens utfordring har i alle år vært og er ennå i dag å sy sammen behandlingsopplegg/”program” og oppfølging på en slik måte at den enkelte kreftpasient opplever å bli ivaretatt på en god måte i et trygt og helhetlig pasientforløp.

For fremtiden er det forespeilet at kreftsykdommene vil øke. Med økt satsing på kreftforskning er det også grunn til å tro at den kroniske fasen av sykdommen kan øke i takt med stadig forbedret behandling”.

Teksten i forkant av spørsmål 8 – spørsmål 14, temaspørsmålene, ble satt inn for å skape ”en atmosfære” som spørreundersøkelsen skulle forstås i, og jeg mener at dette grepet har styrket validiteten i min undersøkelse. De ansatte ble tryggere på hva som var rammen for undersøkelsen og forberedte dem på at de spørsmålene som ville komme skulle svares på i lys av den forhåndsinformasjonen de hadde fått.

Når det gjelder begrepsvaliditet vil jeg anta at det er store variasjoner mht hva den enkelte ansatte forstår med begrepene. På den annen side vil jeg også tro at de fleste i en

kunnskapsorganisasjon som sykehusene er har kjennskap til de fleste av begrepene som er benyttet i spørreskjemaets ulike spørsmål.

Jeg vil trekke fram ett eksempel på et begrep der jeg vil reflektere over begrepsvaliditeten. I spørsmål 14 i spørreskjemaet stilte jeg spørsmål om *endringsledelse*, og mange har benyttet svaralternativet *ingen mening*. Som masterstudent i ledelsesfag kan det tenkes at jeg for eksempel er mer ”inne på” begrep som *endringsledelse*, og at ansatte uten lederansvar har vanskeligere for å gi det begrepet et innhold. Det at så mange har benyttet svaralternativet *ingen mening*, gir signal om at de er ”sikre på” at de ikke vet hva de skal svare. For min undersøkelse kan det bety at siden svaralternativet *ingen mening* var et alternativ, har de resterende som har svart på det spørsmålet forstått spørsmålet, og har en mening om begrepets innhold.

Ansatte ble for øvrig, i forbindelse med utsendelsen av spørreskjema, oppfordret til å svare *ingen mening* på spørsmål som de ikke hadde forutsetninger for å kunne svare på. Dette var også et grep som ble gjort for å styrke validiteten. Jeg mener at det ser ut som om det har fungert godt for min undersøkelse.

Intern validitet er knyttet til spørsmålet: *Har vi dekning for de slutningene vi trekker?* (Jacobsen 2005).

Siden undersøkelsen skulle være en kartlegging av forholdene i helseforetak før samhandlingsreformen trådte i kraft valgte jeg å heller ha for mange spørsmål enn for få. Hvert av spørsmålene inneholdt mange underspørsmål, til sammen 112 variabler. Etter å ha arbeidet innen området kreftomsorg og behandling siden 1983 og i HNR siden 1995, mener jeg at jeg hadde god oversikt over de tema som det ble spurt om i spørreskjemaet. Faren i forhold til intern validitet ser jeg for meg kan være at jeg kan ha ”sett meg blind” på det som er ”for nært”. Jeg kan risikere å beskrive tendenser i analysene som jeg ikke har dekning for. Fordelen med en kvantitativ beskrivende utvalgsundersøkelse er da at jeg kun skal beskrive og synse omkring eventuelle samvariasjoner; her er ikke grunnlag for å trekke slutninger om årsak virkning eller å konkludere om sammenhenger. Jeg mener det er grunnlag for å si at den interne validiteten i undersøkelsen er holdbar slik den framstår. Ekstern validitet sier noe om: *I hvor stor grad kan vi generalisere våre resultater?* (Jacobsen 2005).

Dette henspeiler på om de resultatene vi har kommet fram til, også gjelder for en større gruppe, og kanskje for et større tidsrom, enn den/det vi har undersøkt. Kan vi generalisere funnene ut over rammene for vår undersøkelse, og hvor sikre er eventuelt disse generaliseringene?

Jacobsen mener at det har liten hensikt å forsøke å generalisere, å gjøre undersøkelsen gyldig for andre (ekstern gyldighet), hvis ikke kravene til pålitelighet, begrepsmessig gyldighet og intern validitet er tilfredsstilt. Slik sett kan vi si at pålitelighet, begrepsmessig gyldighet og god intern gyldighet er forutsetninger for ekstern gyldighet (Jacobsen 2005). Når det gjelder min undersøkelse og ekstern gyldighet, vil spørsmålet være om resultatene kan være gyldige for alle ansatte i HNR (tidligere) som har ansvar for kreftbehandling – ikke bare utvalget som har svart på spørreundersøkelsen. Det vil også være aktuelt å spørre seg om undersøkelsen kan være gyldig for andre avdelinger som har ansvar for andre diagnoser enn kreft i eget helseforetak. I tillegg kan det være aktuelt å spørre om undersøkelsen kan være gyldig for avdelinger som har ansvar for kreftbehandling i andre helseforetak eller også for avdelinger som har ansvar for behandling av andre diagnoser enn kreft i andre helseforetak.

Jeg synes det er en utfordrende oppgave å skulle besvare spørsmålene ovenfor. Jeg mener at jeg via analysen i kapittel 4.3.3 har tydeliggjort resultatene i undersøkelsen og tillagt innholdet den vekt som jeg mener dataene fortjener. Jeg mener også at det viktigste for meg og min masteroppgave, er å kunne være trygg på at de resultater som kom frem i undersøkelsen er pålitelige og gyldige for det utvalget som deltok i spørreundersøkelsen på det tidspunkt undersøkelsen ble gjennomført i februar 2011.

Jeg kjenner ikke til lignende undersøkelser som kan bidra inn i en sammenligning og eventuelt kan være et argument i positiv eller negativ retning med tanke på generalisering.

3.8.4 Selvrefleksjon og forforståelse

I avslutningsavsnittene er det påpekt hvor viktig det er å drøfte funn kritisk. Slik jeg ser det vil det ikke være like lett for en forsker som mest sannsynlig har relativt stor nærhet til feltet, å skulle vurdere egne undersøkelsesopplegg kritisk. Det kan være tidsmangel, kunnskapsmangel eller kanskje aller helst at det er vanskelig å skulle gå gjennom kritiske spørsmål omkring sine egne undersøkelser. Området forforståelse er utfordrende og mye omtalt i forskningslitteratur.

Der påpekes det at vi mennesker gjennom en langvarig sosialisering er opplært til å se noe og overse andre ting, uten at vi alltid er klar over hva vi ser og overser. Alle mennesker har en ”før - dom” om hva som er viktig og mindre viktig, før de går løs på en empirisk studie, og denne ”før - dommen” eller skylappene, vil i stor grad bestemme hva slags data du samler inn (Jacobsen 2005). Malterud påpeker videre at ”det er forskerens oppgave å

identifisere sin egen posisjon, og ta stilling til hvordan dette påvirker kunnskapen som utvikles” (Malterud 2003).

Som regel er forforståelsen en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema. I en kvantitativ undersøkelse vil sannsynligheten for å påvirke undersøkelsesresultatet være betraktelig mindre enn i en kvalitativ undersøkelse men muligheten for forskeren å påvirke analysen i en kvantitativ undersøkelse er reell.

3.8.5 Etisk ansvar

Samfunnsvitenskapelige undersøkelser dreier seg nesten alltid om å studere mennesker. En forsker må så langt som mulig gjøre etiske overveielser før man går i gang med en undersøkelse. Samtidig må man hele tiden vurdere de valg man gjør i løpet av undersøkelsesprosessen ut fra etiske prinsipper.

Utgangspunktet for forskningsetikken i dag er tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på: (1) Informert samtykke, (2) krav på privatliv og (3) krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005: 45). Disse tre punktene handler kort fortalt om at deltagelse i forskning skal være frivillig, grad av følsomhet/ mulighet for identifikasjon/ konfidensialitet i undersøkelsen skal vurderes og krav til å bli korrekt gjengitt.

I min undersøkelse som ble gjennomført elektronisk, er det ingen koplinger mellom navn og svar på ulike variabler og jeg betrakter ikke innkommet informasjon som persondata i juridisk forstand. Når det gjelder kravet til å bli rett gjengitt, mener jeg at det å være bevisst på sin forforståelse kan bidra til objektivitet. Undersøkelsen må betraktes som frivillig siden de ansatte selv måtte bestemme om de oppfylte undersøkelsens inklusjonskriterier.

4 ANALYSE

4.1 Innledning

I følgende hovedkapittel vil jeg presentere empiri i form av resultater fra spørreundersøkelsen. Et utvalg av resultatene fra spørreundersøkelsen vil bli gjennomgått og drøftet i lys av systemteori og oppgavens forskningsspørsmål. Svarene som gjengis skal bidra til å belyse samspillet mellom eksterne forventninger i Samhandlingsreformen spesielt, og interne forventninger i form av sykehusansattes meninger knyttet til implementering av helhetlige pasientforløp for kreftpasienter. Denne oppgaven søker å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om helhetlige pasientforløp på tvers av de to tjenestenivåene.

Som beskrevet i kapittel 3.0 *Metode*, er mitt utkikkspunkt i spørreundersøkelsen hos ansatte ved to lokalsykehus i forkant av Samhandlingsreformen, og jeg har i første rekke data om ”frivillig” kryssing av grensene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Oppgavens problemstilling er tredelt; i kapittel 4.2 vil jeg ut fra et *strukturperspektiv* gi en kort oversikt over hva som kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i helseforetak og kommunehelsetjeneste. Videre vil kapittel 4.3 ha et *samhandlings – og grenseperspektiv* og omhandle hvilke forventninger, med hensyn til samhandling omkring pasientforløp, som ligger i Samhandlingsreformen og hvilke realiteter som ligger i spørreskjemasvarene. I kapittel 4.4 tar jeg et *ledelsesperspektiv* og hvor fokuset er på faglig ledelse; her drøftes noen av de utfordringer som en enhetsleder i spesialisthelsetjenesten kan stå overfor, sett i forhold til en strukturkontekst og forventningene i samhandlingsreformen. Til slutt i kapittel 4.4 vil jeg kort beskrive hvilken endringsstrategi som kan være sentral.

4.2 Strukturperspektiv – helsetjenestens ledelsesstrukturer

For å forklare dagens arbeids- og ansvarsfordeling i offentlig sektor, i helseforetak og kommunehelsetjeneste velger jeg å gi en kort generell introduksjon om styring av offentlig sektor. Siden innføringen av helsereformen i 2002 (Ot.prp.nr.66:7), har nye organisasjonsformer i helsetjenesten gitt endrede rammer for helsefaglig samarbeid. New Public Management (NPM), eller ny offentlig ledelse, omfatter en rekke ulike

styringsmodeller som ofte er benyttet i det private næringsliv og som i stadig økende grad også preger helseorganisasjoner.

NPM innebærer i praksis et økt fokus på målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den enkelte virksomhet, eller resultatenhet. Styringen av resultatenheten skjer ved måling av kvalitet og vurdering av økonomiske resultater; i tråd med en bedriftsøkonomisk tankegang er kostnadseffektiv tjenesteproduksjon i fokus. Bruk av økonomiske belønningssystemer, incentiver, er vanlig for å vri aktivitet mot ønsket mål. Pasientaktivitet kodes og gir inntjening, og den enkelte resultatenhet får for eksempel krav i form av et bestemt antall behandlede pasienter (Orvik 2004).

NPM kan sies å ha tre kjennetegn (Orvik 2004):

Tro på ledelse:

1) Fokus på økt effektivitet, 2) Ledelse gjennom utstrakt bruk av desentralisering og delegering, 3) Profesjonalisering av lederrollen, 4) Disiplinering av arbeidsstyrken gjennom produktivitetskrav og 5) Ledere ansettes på kontrakt nært knyttet til produktivitetskrav.

NPM betegnes som en *markedsmodell* i omgivelser i endring, i motsetning til den tidligere *administrasjonsmodellen*, styringsmodellen før helsereformen i 2002, som Orvik (2004) betegner som mer stabil og forutsigbar. NPM gir *ledelse* en sentral betydning; ledere skal ikke lede eget fag, men ta helhetsansvar for en organisatorisk enhet.

Indirekte kontroll:

1) Privatisering/konkurransetsetting av kommunal virksomhet, 2) Prestasjonsbasert belønningssystem, 3) Fokus på kvalitet – kvalitetssikring, 4) Delegering av ansvar og myndighet, 5) Målstyring – resultatstyring, 6) Vektlegging av marked og kontrakter og 7) Benchmarking/målestokkanalyse.

Konkurransetsetting er en variant av indirekte styring. Når tjenesten er konkurranseutsatt, er det ikke lenger kommunen som gir tilbakemeldinger på kvaliteten til dem som driver tjenestene. Benchmarking eller målestokkanalyse, betyr at virksomheter blir målt og sammenlignet med andre virksomheter innenfor samme felt. Ressursforbruk til helsetjenesteproduksjon eller pasientopplevd kvalitet er eksempel på områder for kvalitetsmåling.

Brukerfokus:

1) Brukervalg/valgfrihet, 2) Rettighetslovgivning, 3) Service-garanti til innbyggere, 4) Penger følger brukeren, 5) Brukerundersøkelser, 6) Brukerutvalg, 7) Brukerrepresentant i styrer og utvalg, 8) IT demokrati og 9) Folkeavstemming.

Den sterke oppmerksomheten mot tjenestemottakere som *kunder* eller *brukere*, det sterke brukerperspektivet i NPM, var ment å påskynde en utvikling fra profesjonsmakt til pasientmakt, i tråd med Lov om pasient- og brukerrettigheter (<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>).

Kritikken til styringsideologien NPM er faren for en målforskyvning der profesjonelle får mer omtanke for budsjettet enn for pasientene (Orvik 2004). Siden NPM er en organisasjonsform som er basert på kostnadseffektivitet er den ikke nøytral men verdiimpregnert, mener Orvik.

I helsetjenesten er det vanlig å skille mellom rollen som *faglig leder*, og rollen som *administrativ leder* (Orvik 2004: 100).

Faglig ledelsesansvar bygger på autorisasjon. Helsepersonell kan ha et faglig ledelsesansvar i en sykehjemsavdeling, i rollen som koordinator og faglig leder for et ambulant palliativt team (lindrende behandling) med base i sykehus eller for eksempel som en faglig leder for en seksjon i et sykehus. Faglige ledere har ansvar for den faglige standarden på de tjenestene som de og medarbeiderne har ansvar for. Et slikt ansvar inkluderer blant annet en plikt til å følge opp uerfarne kolleger og medarbeidere med mindre formell kompetanse enn en selv. Dette ansvaret er begrenset til en form for faglig oppfølging.

Administrativ ledelse utgjør sentrale deler av lederrollen på avdelings – eller enhetsnivå. Rollen som administrativ leder er forankret i en formell lederfunksjon eller lederstilling. Dette gjelder for eksempel mellomledere i sykehus og tilsatte i lederstillinger i sykehjem og hjemmesykepleie. De er i kraft av sin stilling tillagt rollen som arbeidsgivers representanter. Den administrative lederen har både fagansvar, økonomi - og personalansvar for sin enhet eller for sin avdeling som kan bestå av flere enheter. I sum inngår følgende områder i den administrative lederrollen:

- Å tydeliggjøre organisasjonens mål
- Å sørge for samsvar for organisasjonens og enhetens mål
- Å sørge for enhetens daglige drift og utvikling (pasienter, personale, organisasjon)
- Å kvalitetssikre den faglige standarden på samlet pasientbehandling og pasientomsorg

- Å tilrettelegge for samarbeid med andre faggrupper og organisasjoner
- Å kartlegge behov for faglig og personlig utvikling hos medarbeidere
- Å gi uttalelser ved permisjonssøknader
- Å evaluere medarbeideres arbeidsinnsats og samarbeidsevne
- Å sikre ressurstilgang til egen enhet
- Å forvalte økonomiske ressurser på en forsvarlig måte - økonomistyring

I sum gir disse administrative oppgavene et *helhetsansvar* for en organisasjonsenhet. Det inkluderer det helhetlige ansvaret for den faglige kvaliteten på pasientbehandling og – omsorg.

Både i nyere styringsideologier og i organisasjonsutvikling i helsetjenesten ser vi klare trekk i retning av økt vekt på administrative lederroller. Dette skjer gjerne parallelt med en tydeliggjøring av *arbeidsgivers styringsrett* og en tilsvarende nedtoning av profesjonsutøverens frihet (Orvik 2004). Arbeidsgivers styringsrett er ikke hjemlet i en konkret lov; den omhandler retten til å disponere medarbeidere og øvrige ressurser på en måte som arbeidsgiveren selv finner hensiktsmessig for virksomheten samlet og i tråd med gjeldende lovverk. Styringsretten gir ledere en maktbase, retten til å sørge for at beslutninger blir tatt, iverksatt og fulgt opp. Samtidig innebærer god ledelse *forsiktighet* i bruken av *makt*, påpeker Orvik. Bestemmelsene i blant annet arbeidsmiljøloven, likestillingsloven, hovedtariffavtaler og tariffavtaler, gir ansatte rett til å medvirke i beslutningsprosesser. Det skjer blant annet gjennom informasjon, dialog, og forhandling mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Slike bestemmelser bidrar til å sikre ansatte muligheter til faglig og personlig utvikling og begrenser samtidig arbeidsgivers styringsrett.

Helselovgivningen griper også inn i forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Helselovene forplikter arbeidsgiver til å legge til rette for og organisere tjenesteproduksjonen på en forsvarlig måte. *Forsvarlighetsnormen* styrer ressursbruken og ikke omvendt, påpeker Orvik. Det innebærer å skaffe økonomiske rammer og personale slik at helsepersonell gis mulighet til å oppfylle lovens krav om forsvarlighet.

I tillegg til faglig – og administrativ ledelse beskriver Orvik 2004, *institusjonell ledelse*. For eksempel kan en pleie – og omsorgsleder med ansvar for kommunale tjenester ivareta rollen som institusjonell leder. Institusjonell ledelse er primært på organisasjonsnivået. I

helseforetaket vil for eksempel ledere på dette nivået ha et særlig ansvar for å tydeliggjøre visjoner, verdier og mål (Orvik 2004). Det institusjonelle ledelsesansvaret innebærer å utvikle en organisasjon eller en organisasjonsenhet til et meningsfullt fellesskap. Når pasienter, pårørende og personale opplever at sykehus eller sykehjemsavdelingen har en egenverdi *utover* det å løse avgrensede oppgaver, er noe av dette institusjonelle ansvaret ivaretatt. Institusjonell ledelse handler altså om å styrke opplevelsen av tilhørighet til en organisasjon (Orvik 2004).

Helsetjenesten er som nevnt i kapittel 2.0 *Teori* komplekse *kunnskapsorganisasjoner* som også går under betegnelsen *ekspertorganisasjoner*. Helseministeren er øverste sjef og i Norge er helsetjenesten enten finansiert gjennom kommuner eller via helseforetak.

4.2.1 Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i helseforetak

Økende press fra flere hold mot helse- og sosialsektoren, press i form av krav om effektivisering, bedre kvalitet, mer styring, riktig prioritering, osv. var hovedbegrunnelsen bak de store reformene som ble satt ut i livet i sykehussektoren i 2002. Pr 1. januar ble den norske sykehusreformen innført (Ot.prp.nr.66:7) og den Norske stat overtok eieransvaret for virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten (Johannesen og Olaissen 2007).

Fra 2002 ble fylkeskommunale sykehus, landsdekkende spesialsykehus, psykiatriske institusjoner, institusjoner for rehabilitering, ambulansetjenesten, nødmeldetjenesten, sykehusapotekene og rusomsorgen omfattet av Lov om helseforetak

<http://www.lovdatab.no/all/hl-20010615-093.html> (Orvik 2004). Reformen innebar at fem tidligere helseregioner ble omgjort til fem regionale helseforetak; dette er senere endret til fire foretak, da Helse Øst HF og Helse Sør HF ble slått sammen til Helse Sør-Øst HF i 2007.

I loven skilles det mellom to typer helseforetak; regionale helseforetak som utgjør det overordnede, organisatoriske nivået og utøvende helseforetak (lokale), sykehus og spesialinstitusjoner der selve tjenesteproduksjonen foregår.

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å utvikle helsetjenestene innenfor et geografisk område. Dette innebærer at foretakene i tillegg til ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester også har et helhetlig ansvar for befolkningens helsetilbud i sin region. De lokale helseforetakene har blant annet, jfr, § 1-1. Spesialisthelsetjenestens formål, ansvar for å: 1) Fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, 2) Bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, 3) Bidra til et likeverdig

tjenestetilbud, 4) Bidra til at ressursene utnyttes best mulig, 5) Bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og 6) Bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-061.html&emne=lov*%20om*%20spesialisthelsetjeneste*&&.

Lokale helseforetak er egne rettssubjekter med rettslig og økonomisk ansvar. I praksis betyr det at det enkelte helseforetak selv har ansvar for å skaffe deler av sine inntekter.

Helseforetakenes inntekter er delvis i form av rammefinansiering fra staten og delvis i form av DRG (diagnose relaterte grupper), inntekt per behandlet pasient.

Meningen var at sykehusreformen i 2002 skulle utjevne forskjeller i behandlingstilbud mellom fylker, redusere ventetider for operasjon, og bidra til et bedre tilbud innenfor psykiatrien. I tillegg skulle reformen være pasientorientert, den skulle styrke pasientenes innflytelse på tjenestene. Profesjonsutøverne skulle tilgodesees med økt vekt på etterutdanning, forskning og utvikling. Til sammen skulle dette bidra til å oppnå et av de viktigste målene som var mer effektiv ressursutnyttelse (Orvik 2004).

Som en del av sykehusreformen ble det bestemt at sykehusene skulle organiseres som autonome foretak i en form for konsernmodell, der en målsetting var å skape en klar og tydelig ansvarsfordeling mellom staten som eier, det regionale helseforetaket som bestiller og oppdragsgiver, og de lokale helseforetakene som tjenesteprodusenter (Haug, Kaarbøe, Olsen 2009).

Innføringen av profesjonelle *styrer* i helsesektoren kan forstås som et forsøk på å endre normene for styring i sektoren, fra et byråkratisk forvaltningssystem til et mer moderne desentralisert system med selvstendige styrer. Slik kan beslutningen om innføring av profesjonelle styrer oppfattes som et forsøk på å skape legitimitet; helsesektoren blir oppfattet som en moderne og fremgangsrik sektor (Johannesen og Olaissen 2007).

De nye styrene i helseforetakene skulle stå for noe nytt i forhold til de tidligere fylkeskommunale styrene. Gjennom sykehusreformen ble det gitt klare retningslinjer både for hvordan styrene skulle sammensettes og hvilket ansvar styrene skulle få.

”Styret har som oppdrag å forvalte foretaket på vegne av eier, dvs. staten ved departementet i regionale helseforetak og staten ved regionale helseforetak i helseforetak” (Ot.prp. nr. 66, s. 106).

Dette innebærer at styret har et overordnet ansvar for at helseforetaket oppfyller de mål som departementet (evt. Regionalt Helse-foretak) har satt, samt at virksomheten *”i alle*

ledd drives forsvarlig og at driften holdes innenfor de økonomiske og andre rammer som er satt” (Ot.prp. nr. 66, s. 106).

Som en del av dette ansvaret ligger et krav til at styret skal fastsette budsjetter og handlingsplaner. Dette er deretter konkretisert til årlig rullerende fireårsplaner. En tredjedel av styrerepresentantene skal være ansattes representanter og styrer i helseforetak skal ha brukerrepresentanter.

Stortinget ønsket en mer rendyrket styringsmodell basert på profesjonell eierstyring, uten krav til politisk representasjon i styrene. I ettertid (2006) har dette formålet blitt utvidet gjennom kravet om politiske representanter i styrene, noe som skulle gi styrene en bredere samfunnsforståelse og kompetanse uten å redusere den rendyrkede styringsmodellen (Haug, Kaarbøe, Olsen 2009).

Ved å være et mellomledd mellom eier (prinsipal) og ledelse (agent) i et selskap, skal styret være et virkemiddel for å sikre ivaretagelse av eiers interesser. Siden agenten her blir forutsatt å handle ut fra egeninteresse, har styret ulike virkemidler for å påvirke lederens atferd, med for eksempel rekruttering, belønning eller avskjedigelse av daglig ledelse. Behovet for slike virkemidler vil være avhengig av hvilke andre mekanismer som begrenser ledelsens insentiver til slakk (ibid).

I forbindelse med sykehusreformen etablerte Helse- og omsorgsdepartementet *foretaksmøtet*. Helseministeren, som øverste leder av norsk helsetjeneste, møter styreleder og ledelse for det regionale helseforetaket i foretaksmøtet. Foretaksmøtet er et årlig møte med gjennomgang av de lokale foretakenes innrapporteringer i form av *årlig melding*; møtet dokumenteres i *foretaksprotokollen*. Møtet er også den arenaen der øverste eier stiller krav og redegjør for sine forventninger til de regionale styrene i form av et bestillerdokument. Her blir formelle organisatoriske styringskrav, inklusive budsjett og aktivitetsmål, formidlet fra øverste eier, Helse- og omsorgsdepartementet, til det regionale foretaket. Sammen med gjeldende lover og forskrifter er foretaksprotokollen og bestillerdokumentet de to formelle styringsverktøyene som departementet benytter overfor det regionale helseforetaket. Disse verktøyene er videreført ned til forholdet mellom regionalt helseforetak og det enkelte lokale helseforetak. Også her gjennomføres det foretaksmøter; her mellom ledelsen i det regionale foretaket, og styreleder og ledelsen i det lokale helseforetaket. På samme måte blir kravene fra det regionale helseforetaket operasjonalisert og formidlet i form av deloppdrag til det enkelte lokale helseforetak. Innenfor denne modellen tar styrene ansvar for å sørge for å *forvalte foretakene på vegne av eier*. Dette omtales som et *sørge for* ansvar. (Haug, Kaarbøe, Olsen 2009). For å være

konkret, og i tråd med oppgavens tema, vil jeg videre gjengi utdrag av oppdragsdokumentet til Helse Nordmøre og Romsdal HF (HNR) fra Helse Midt-Norge RHF (HMN). I oppdragsdokumentet for 2010, før denne spørreundersøkelsen ble gjennomført (februar 2011), hadde helseforetaket mottatt følgende oppdrag i via bestillerdokumentet i foretaksmøtet:

I kapittel 1.0 *Innledning* heter det:

”HMN stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nordmøre og Romsdal HF. HNR skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: Trygghet, respekt og kvalitet. Organisasjonen skal på alle nivå kjennetegnes ved en synlig og ansvarlig ledelse.

Det vises til St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Helse Nordmøre og Romsdal HF bes om at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag. Regjeringens samhandlingsreform legger til rette for at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene skal utvikles i en spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte behandlingsforløp og pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dette er i

tråd med Helse Midt-Norges strategi og et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene. HNR bes om, i samarbeid med kommunene, å prioritere videreutvikling av standardiserte pasientforløp i 2010”.

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2012-10%20vedlegg%20%20styringsdokument%20HNR.pdf>

Videre i dokumentet står det, under kapittel 5.1 *Helhetlige pasientforløp og samhandling*, at:

”HNR skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp, som ivaretar god behandlingskvalitet. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkingen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer.

Oppgaver:

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.

Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene.

Helseforetaket skal sammen med kommunene utvikle samhandlingstiltak”.

(Oppdragsdokument HNR HF 2010)

I praksis betyr dette at toppledelsen i det enkelte lokale helseforetak i januar hvert år får tildelt fokusområder og konkrete oppgaver som vil være styrende for organisasjonens videre aktivitet.

Med reformen ble også som nevnt innledningsvis enhetlige ledelsesmodeller innført som plattform for ledelse i avdelinger i spesialisthelsetjenesten. I den nye organisasjonsvirkeligheten tegnes det et bilde av tydelige ledere som skal synliggjøre fag, tjeneste og bidra til verdiskaping. Hovedbegrunnelsen for overgangen fra tidligere todelt til *enhetlig ledelse* i sykehus var å markere at ledelse er å ta helhetlig ansvar for en organisatorisk enhet. I den enhetlige ledelsesmodellen er prinsippet at én person har det helhetlige ansvaret.

Ordningen er vedtatt av Stortinget og nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven (§3-9), som fastslår tre viktige prinsipper:

1) Sykehus skal organiseres slik at de har én ansvarlig leder på alle nivå, 2) Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner og 3) Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk faglige rådgivere.

Det skal være tydelig hvem som har ansvaret for fag, personal og økonomi – med avdelingens budsjett som styringsinstrument. Stillingene som avdelingssjefer er profesjonsnøytrale; dersom leder er sykepleier eller har annen helsefaglig bakgrunn skal det *medisinskfaglige* ansvaret være tydelig plassert hos en rådgiver som er lege.

Formuleringen i spesialisthelsetjenesteloven om oppnevning av medisinskfaglige rådgivere kan forstås som en markering av medisinenes særstilling. Det kan bety at den som skal ivareta det medisinskfaglige systemansvaret noen ganger også må gripe inn på andre fags områder. Sykehusavdelinger drives dermed som egne *resultatenheter*. Modellen er i tillegg

en markering av *arbeidsgivers styringsrett*; stillingen som avdelingssjef er en administrativ lederstilling (Orvik 2004).

Linjeledelsen i spesialisthelsetjenestehierarkiet har i dag som oftest tre ledernivå under administrerende direktør. *Klinikkssjefen*, har det overordnede administrative lederansvaret for en hel klinikk i foretaket, for eksempel Klinikk for medisin i hele Helse Møre og Romsdal HF (fra juli 2011), som omfatter alle medisinske avdelinger i fire sykehus.

Avdelingssjefen har det administrative lederansvaret for en avdeling, som for eksempel Kreftavdelinga som i Ålesund har 5 seksjoner - sengepost, stålebehandlingsenhet, poliklinikk, palliativt team og sykehotell, mens det i Volda, Molde og Kristiansund er poliklinikker og palliative team. På det laveste ledernivået, i linje til avdelingssjef, har *mellomlederne* det formelle lederansvaret for sin enhet. I en enhetlig ledelsesmodell som skissert over, betyr det at mellomlederen har både et faglig og et administrativt lederansvar, det vil si resultatansvaret for enheten når det gjelder både personal, fag og økonomi.

I sykehuset skiller en mellom faglig og administrativ ledelse (Orvik 2004). Legitimiteten til den administrative ledelsen ligger i den formelle posisjonen, mens den faglige ledelsen baserer legitimitet på profesjon med ekspertise og spesialkunnskap. Mens den administrative ledelsen har det overgripende, totale ansvaret, vil den faglige ledelsen i større grad avgrense seg mot andre fag, spesialiteter og yrkesgrupper. Ledelse av de ulike fagene kan derfor ikke ivaretas av en profesjonsnøytral administrativ ledelse, mens administrativ ledelse kan ivaretas profesjonsnøytralt. For eksempel er en mellomleder forpliktet på at avdelingen samlet blir drevet innenfor kravet om faglig forsvarlighet, mens faglig ledelse er forpliktet på at et spesifikt fagområde blir drevet innenfor kravet om faglig forsvarlighet (Orvik 2004).

«Faglig ledelse er å sørge for at personalet har tilstrekkelig kompetanse og kvalifisert ledelse av et fag vil bidra til at fagets medarbeidere på en bedre måte får brukt sin kompetanse» (NOU 1997:2 s 90f).

Mellomledernes hovedoppgave er å sikre kvalitet innenfor de fire virksomhetsområdene for sykehus, slik de er fastslått i spesialisthelsetjenesteloven: 1) Pasientbehandling, 2) Forskning og fagutvikling, 3) Utdanning av helsepersonell og 4) Opplæring av pasienter og pårørende.

Kvalitetsvariabler innenfor de respektive områdene kan uttrykkes i form av pasientopplevd kvalitet, faglig vurdert kvalitet, organisatorisk (økonomisk) kvalitet eller kvalitet slik de

ansatte opplever det (Orvik 2004). Innenfor de fire målområdene har mellomlederen rapporteringsplikt.

Mellomlederens funksjoner i spesialisthelsetjenesten er:

- Har avdelingssjefen som nærmeste overordnede
- Kan få delegert oppgaver fra arbeidsgiver
- Innehar rollen som arbeidsgiverrepresentant
- Har et linjelederansvar knyttet til ansvar for sykepleietjenesten i en enhet (hvis sykepleier)
- Har et administrativt ledelsesansvar i tillegg til det sykepleiefaglige lederansvaret, og kan således ha administrativt ansvar for ulike profesjoner
- Er medlem av avdelingens lederteam
- Har ansatte i stabsavdelingene som sine rådgivere og støttespillere mht systemverktøy
- Må være i stand til å analysere enhetens virksomhet, kritisk drøfte konsekvensene for profesjonell praksis, og direkte påvirke beslutningsprosessen

(Orvik 2004 s 117)

4.2.2 Hva kjennetegner dagens arbeids- og ansvarsfordeling i kommunehelsetjenesten

Kommuneinstitusjonen har en tosidig karakter ved at den både skal være forvaltningsorgan og en selvstendig politisk institusjon. I Norge har den enkelte kommune frihet til å organisere sin virksomhet ut fra lokale forhold og behov, så lenge lovpålagte oppgaver blir ivaretatt. Det eksisterer derfor ingen standard organisasjonsmodell for kommuner.

Som nevnt innledningsvis i kapittel 4.2 *Strukturperspektiv – helsetjenestens strukturer*, er offentlig sektor, også kommunehelsetjenesten, i dag preget av organisasjonsmodeller inspirert av det private næringsliv, styringsideologien NPM, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten.

En av årsakene til at nye organisasjonsformer har vokst fram, er fristilling og konkurranseutsetting. I tillegg har et stadig høyere kompetansenivå, også i kommunal sektor, lagt grunnlaget for nye organisasjonsformer, basert på at høy kompetanse gir grunnlag for å lede seg selv. På denne bakgrunn har mange kommuner gjennomført betydelige omorganiseringer (Orvik 2004: 102). Et typisk trekk ved norske kommuner er

flat organisasjonsstruktur, såkalte *tonivåkommuner* med kun to styringsnivå. Det er også vanlig at kommuner er organisert forskjellig, avhengig av hvilke tjenester kommunen tilbyr. Tidligere sektorsjefer, for eksempel helse- og sosialsjefer, kan en i de nye organisasjonsstrukturene se har fått funksjon som rådgiver og er overført til rådmannens stab. De operative lederne for helsetjenesten i kommunene kan for eksempel være virksomhetsledere for sin resultatenhet; resultatenheten kan være et distriktsmedisinsk senter, et sykehjem med mange avdelinger, hjemmetjeneste med flere distrikt, helseavdeling med helsesøster og helsestasjon, etc. Virksomhetslederens nærmeste overordnede (linjeleder) er da ofte kommunens rådmann. I kommuner med flat struktur vil kommunestyret som regel ta beslutninger om budsjett for de virksomhetene som til sammen utgjør kommunehelsetjenesten. Den enkelte virksomhet, resultatenhet, har delegert økonomisk styring og budsjettansvar fra rådmannen. Lederen vil stå ansvarlig for at budsjetttrammer blir holdt (Orvik 2004).

I praksis kan en virksomhetsleder, som utgjør styringsnivået i kommunehelsetjenesten, være profesjonsnøytral. Rådmannen kan kun delegere det administrative ansvaret til virksomhetsledelsen. Virksomhetslederne, har et personlig ansvar for blant annet å holde budsjettet, som i stadig større grad blir brukt som styringsinstrument. Den administrative ledelsesmodellen sier derfor ikke noe om den faglige ledelsen. Det blir derfor ekstra viktig å tydeliggjøre det faglige lederansvaret i kommunehelsetjenesten. Det faglige ledelsesansvaret er forankret i forsvarlighetskravet i helselovgivningen. En kan se eksempler på at det faglige ansvaret i den operative tjenesten er ivaretatt i form av tittelen *sykepleier 1*, der fagansvaret er spesielt avtalt i ansettelsesavtalen. Skal en virksomhetsleder ha både det faglige og det administrative ansvaret for sin virksomhet, må det gå tydelig fram av stillingens funksjonsbeskrivelse.

Etter hvert er det mer og mer vanlig at kommuner har egne palliative enheter, etterbehandlingsavdelinger og kommunale enheter for rehabilitering og øyeblikkelig hjelp i tillegg til hjemmetjenestene og sykehjemmene.

På samme måte som i spesialisthelsetjenesten blir virksomhetene gjerne kalt resultatenheter; enhetens leder er ansvarlig for de resultatene som resultatenheten oppnår.

4.3 Samhandlings- og grenseperspektiv

I tråd med oppgavens problemstilling vil jeg i kapittel 4.3 gi en beskrivelse av hovedinnholdet i samhandlingsreformen. Jeg vil begrense meg til å beskrive mest

utdypende om innholdet i det som i teksten omtales som utfordringspunkt 1; pasientenes behov for helhetlige og koordinerte helsetjenester, og videre beskrive de tiltakene som innrettes mot denne utfordringen. De utfordringspunkt og tiltak som naturlig ikke hører inn under oppgavens problemstilling vil kun bli enkelt beskrevet for at leseren skal se sammenhenger.

Som nevnt innledningsvis i kapitlet vektlegges ikke perspektivene informasjonsteknologi (IKT) eller økonomi og finansiering i oppgaven. Jeg vil heller ikke gå særlig inn på tema som omhandler «at spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert».

Pasientene det her er snakk om, er som beskrevet innledningsvis kreftpasienter.

4.3.1 Hva er idealene i samhandlingsreformen

Kommunenes sentralforbund (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet ble allerede i 2007 enige om en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid ble vedtatt 19. juni 2009 og trådte i kraft 1. januar 2012.

Hovedutfordringene i stortingsmeldingen er dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer og fokuset er både på pasientperspektivet og det samfunnsøkonomiske perspektivet. Vurdert i forhold til begge disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling, det å gi pasientene helhetlige og mer koordinerte helse- og omsorgstjenester, bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Tilbudet skal ta utgangspunkt i den enkelte persons helhetlige behov, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og tjenestene skal gis i en planlagt og uavbrutt kjede.

Den sterke satsingen på bedre samhandling skal derfor ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen).

4.3.2 Reformens tre hovedutfordringer

I Stortingsmeldingen presenteres tre hovedutfordringer som reformen søker å løse:

1) *Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok og tjenestene oppleves fragmenterte.*

Tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og det er i dag få systemer som ivaretar helheten i de tjenester som pasienten skal motta over en kortere eller lengre periode. En har derimot mange systemer som er rettet inn mot ulike deltjenester, for eksempel oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og funksjon, preget av at målet er *medisinsk helbredelse*, mens kommunehelsetjenesten i langt større grad har fokus på pasientens *funksjonsnivå* og *evne til mestring*. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Forskjell i målforståelse mener man kan bidra til samhandlingsproblemer fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges.

2) Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og sene komplikasjoner, framfor tilbud innrettet mot å mestre eller redusere kronisk sykdomsutvikling. I dag har en ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Forebygging krever også kunnskap. I tiden framover vil det bli viktig å spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt. Med hensyn til forebyggende helsetjenester er det vanlig å skille mellom *primærforebygging*: Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade, *sekundærforebygging*: Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk og *tertiærforebygging*: Målet er å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre.

For gruppen kronisk syke og store pasientgrupper, herunder også kreftpasienter, vil det særlig være behov for å iverksette sekundær- eller terciærforebyggende tiltak i form av helhetlige forhåndsdefinerte pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten, opplæring av helsepersonell, læring- og mestringsstrategier, helsestasjoner for eldre m.v” (Ibid). Viktigheten av beslutningskompetanse som følge av brukermedvirkning vektlegges; opplæring i egen sykdom kan gi økt mestring (Ibid).

3) Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Antallet eldre med kroniske og sammensatte sykdomstilstander, også kreft, vil øke betraktelig fra 2020, og dermed kreve et stort behov for samhandling.

Samhandlingsreformen begrunnes med at dagens utvikling i helsetjenesten ikke vil være bærekraftig i møtet med den kommende demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge og de økte behandlingskostnadene som det vil medføre. I reformen beskrives det slik:

”Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte ned grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen”.

Dette er utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak, mer effektive helsetjenester og mer krevende prioriteringsbeslutninger. Et tiltak kan være nye måter å arbeide og å samarbeide på. Måle må være bedre helse for befolkningen, mer spesialiserte helsetjenester og positiv effekt av samhandling som reduserer kostnadene på helsetjenestene.

Primært har en et ønske om å løfte helsetilstanden i befolkningen, men også om å endre helsetjenesten i takt med endrede behov og ny kunnskap. En har tro på at effekten av økt samhandling og koordinert forebygging og rehabilitering vil kunne være både positivt for den enkelte pasient, men også kostnadsbesparende (Ibid).

Helhetsfokus og koordinering av tjenester vil støtte alle de tre påpekte utfordringene. Det er regjeringens vurdering at det ikke er motsetning mellom disse. Det uttrykkes at tiltakene for det første må være av *strukturell karakter*; det må skje endringer i den strukturelle oppbyggingen av tjenesten som skal møte framtidens behov. For det andre må det, fordi strukturer i seg selv ikke betinger ønsket resultat, også etableres rammebetingelser som gir ansatte i de enkelte virksomheter motivasjon til å samarbeide og til å levere tjenester i samsvar med målene i helse- og omsorgspolitikken. Det heter videre: «Hensynet til samhandling bør påvirke *retningen* for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren» (Ibid). Tiltakene som skal møte de beskrevne tre utfordringene konkretiseres i form av fem *hovedgrep*.

4.3.3 Reformens fem hovedgrep

I Stortingsmeldingen presenteres fem hovedgrep: Klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske incentiver, spesialisthelsetjenesten skal utvikles

slik at den i større grad kan utvikle sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegge for tydelige prioriteringer.

Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle.

Tjenestene er fortsatt i utpreget grad søyleorganisert med en parallell, vertikal organisering og strukturer medfører at enheter drives og ledes med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett. Få tjenester er rettet inn mot helheten, derfor påpekes det *«at det på en grunnleggende måte De pasientene som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler, har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte, de med kronisk og langvarig sykdom, som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Samhandling krever derfor:*

«et perspektiv som går ut over den enkelte institusjon eller forvaltningsnivå» (Ibid). må arbeides med å løfte fram pasientrolle og pasientmakt i helse- og omsorgssektoren» (Ibid).

Sørge for spesialiserte helsetjenester til befolkningen er lagt til regionale helseforetak, mens kommunene har ansvaret for allmennlegetjenesten og omsorgstjenesten.

Wisløffutvalget påpeker også: *«Et vesentlig element i integritetskravet er også individets rett til selvbestemmelse, medbestemmelse og medvirkning. Det krever at tjenestene er lett tilgjengelige, helhetlige og sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner. Det krever også at den enkelte gis et realistisk bilde av hjelpen som gis, blir hørt og får medvirke i gjennomføringen» (NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt) (Ibid).*

Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til, å gjøre sine egne valg. Slik *beslutningskompetanse* må om nødvendig tilføres pasienten slik det dels skjer i Lærings- og mestringssentrene.

Pasientenes medvirkning må bli bedre, nytt lovverk kan muligens tydeliggjøre hvilken rolle pasienten/brukeren og deres organisasjoner skal ha i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. *«Pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser, og det kan også bedre prognosen for gode resultater» (Ibid).*

Forløp defineres i St.47 Samhandlingsreformen til å være:

”den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene”. Og det heter videre at:

«Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. Forløpstenkningen bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten, og bør ha som mål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte pasient/bruker selv i størst mulig grad kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner. I reformen understrekes det at det er pasientenes integritet og behov som er som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens» (Ibid).

Meningen med *Lov om koordinator* er å etablere en *koordinerende støttefunksjon* for pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, slik at pasienten som vil ha *særlig nytte* av å få utpekt en fast kontaktperson, får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Det vil bli lagt vekt på å foreta en åpen vurdering av hvor omfattende ordningen bør gjøres. Det praktiske opplegget skal ikke legge urimelig byrder på virksomhetenes arbeidssituasjon (Ibid).

For flere stillingstyper, eller posisjoner, slik som for fastlege og pasientansvarlig lege i sykehusene, ligger det allerede mer eller mindre inne i rollene at de skal være et slikt kontaktpunkt. Om koordinering av helsetjenester heter det videre i reformen:

«For pleie- og omsorgsfunksjoner både i og utenfor institusjon er det derimot i liten grad etablert personlige kontakt- og koordinatorordninger. Det vil være opp til virksomheten å peke ut person, og samtidig vurdere hvilken kompetanse som det er riktig at dekker oppgaven. En koordinator kan for eksempel være sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet» (Ibid).

Kontaktpersonen vil kunne veilede pasienten om behandling og øvrig oppfølging som tjenestene legger opp til, slik at pasienten får bedre kunnskap om helheten i helse- og omsorgstjenestens oppfølging. I utformingen av ordningen må den tilpasses til flere av ordningene som i dag er etablert, slik at det etableres klare roller og ansvarsforhold.

Felles forståelse, en kultur for samhandling, og at det er:

«avgjørende at det innenfor helse- og omsorgstjenesten utvikler seg en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike

pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen» (Ibid).

HOD legger til grunn at det innenfor rammene av samhandlingsreformens arbeid bør skje: *»et systematisk arbeid der alle involverte grupper; brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner, arbeider sammen for å utvikle felles forståelse av hva som for de ulike sykdomsgruppene er gode pasientforløp. Forløpene må evalueres i forhold til om det skjer "brudd" i forløpene; dvs. at det er dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester, og da også dårlig forvaltning av samfunnets ressurser. Likevel påpekes det i reformen at det i dette arbeidet er viktig å være bevisst på at enkelte sykdomstilfeller kan ha en egenart som gjør at tjenestene heller bør ta utgangspunkt i særtrekkene ved sykdomstilfellet og ikke oppsettet for standardiserte pasientforløp» (Ibid).*

Det påpekes videre at innenfor de fleste sykdomsgrupper vil mange pasientgrupper og enkeltpasienter være tjent med at de møtes med godt forberedte og tilrettelagte standardiserte behandlings- og oppfølgingssystemer. De ulike involverte aktørene vil kunne arbeide under kjente forutsetninger, og man vil være kjent med hverandres roller og oppgaver. Dette betyr ikke at de fastsatte mønstrene blindt skal følges. For at innfallsvinkelen med standardiserte pasientforløp skal gi de tilsiktende resultatene er to supplementer viktig:

«For det første at man kan bruke det beskrevne pasientforløpet til å vurdere hvilke pasienttilfeller som har så mange særtrekk at tjenestene heller bør ta utgangspunkt i de særlige forholdene ved sykdomstilfellet, og ikke i oppsett for standardiserte pasientforløp. Også for tilfellene der det tas utgangspunkt i standardiserte pasientforløp, bør det for det andre vurderes om det for det enkeltstående forløp bør velges andre løsninger» (Ibid).

Departementet mener at en slik tilnærmingstype, med de beskrevne mulighetene for tilpasninger til sykdomstilfellenes egenart, kan gi positive effekter i forhold til å utvikle lærende organisasjoner og gode virksomhetskulturer.

Hovedgrep 2: Ny framtidig kommunerolle.

Den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste, skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene som skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgs nivå (BEON).

Det påpekes: «*at en i utviklingsarbeidet må vise oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe*» (Ibid). Målet er at når tjenester settes inn tidlig, hindres sykdomsutvikling og den enkeltes pasients mestringsevne økes. Det understrekes videre at:

«*oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en del av hovednøkklene*» (Ibid). Det legges opp til et *forpliktende avtalesystem* mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. Kompetansen i kommunehelsetjenesten skal på sikt økes.

Dersom en skal lykkes med sterkere kommuneinnsats, slik at det gir bedre effekter for pasient og samfunnsøkonomi, forutsetter det:

«*et nært samarbeid og god samordning mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud mener regjeringen at forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene er et sentralt verktøy*» (Ibid).

Arbeidet med reformen resulterte også i at Helse- og omsorgsdepartementet i april 2011 offentliggjorde en oppdatert Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015).

Spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert og reformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjoner få en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag. Samarbeidet med kommunehelsetjenesten, på tvers av nivåer, må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på det faglige overordnede nivået. (St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen (2008-2009).

Deler av disse oppgavene vil kreve kompetanse som gjør det naturlig for de minste kommunene å samarbeide med andre for å løse oppgavene. Det legges opp til at en i kommuner eller interkommunalt, med et befolkningsgrunnlag på 10.000 – 15.000 innbyggere, etablerer ulike tiltak som er tilpasset lokale forhold og behov. Målet er å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgs nivå (BEON) i for eksempel et forsterket sykehjem, en *lindrende enhet* eller i et kommunalt eller interkommunalt lokalt medisinsk senter. En har allerede positiv erfaring innenfor kreftbehandling med at pasienter lokalt kan behandles for funksjonssvikt,

smertebehandling, lindrende behandling, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, etc. og at dette bidrar til færre innleggelser i sykehus samt større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Lindrende (palliativ) behandling omfatter tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Med lindrende enheter menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling. Uavhengig av modell forutsettes det et tett samarbeid med lindrende enheter på sykehusene, og på neste nivå, det regionale kompetansesentret for lindrende behandling. På bakgrunn av erfaringer fra allerede etablerte tiltak, synes det relevant med personellgruppe bestående av sykepleiere og helsefagarbeidere med relevant videreutdanning. En slik enhet bør ha økt legedekning sammenliknet med en ordinær sykehjemsavdeling samt tilgang på andre relevante faggrupper som blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, prest, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog. Andre faggrupper kan også være aktuelle da arbeidet krever en bred tilnærming fra mange profesjoner. Lindrende behandling er diagnoseuavhengig men kreftpasientene utgjør majoriteten av pasientene. Det kan være aktuelt med ambulante tverrfaglige kommunale team innenfor lindrende behandling. Det skal framover legges til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak kommer i kommunene. Økt kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til prioriterte pasientgrupper og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Til sammen medfører dette store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer for kommunene. (Ibid) Det påpekes at fagaksen mellom sjukehus og fastleger skal utvikles.

Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske incentiver.

De økonomiske incentiver skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene her. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser.

Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan utvikle sin spesialiserte kompetanse.

Ambisjonen er å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen; en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene. Spesialisthelsetjenesten må utvikle større tilgjengelighet for veiledning for kommunehelsetjenesten.

Dette krever tilrettelegging av samarbeidsformer som er langt tettere enn i dag, og som blant annet krever at det tas i bruk moderne teknologi for kommunikasjon. Med andre ord skal spesialisthelsetjenesten spesialiseres og gjøres tilgjengelig ut fra *andres*, kommunenes, behov.

Disse to oppgavefeltene kan tilsynelatende virke motstridende, og mange vil hevde at erfaringene har vist at spesialisthelsetjenesten har prioritert ”spesialisering” framfor understøttelse av kommunehelsetjenesten og tilrettelegging for samhandling. I et nasjonalt perspektiv er det imidlertid helt avgjørende at vi utvikler en spesialisthelsetjeneste som evner å håndtere begge disse utfordringsbildene, og som i tillegg evner å samordne egne tjenester for pasienter som har bruk for koordinerte tjenester fra flere spesialiteter. Skal vi lykkes med samarbeidet med kommunehelsetjenesten må det gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå.

Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i 2007, representerer en viktig utvikling av helhetlige prioriteringer i helsetjenesten. Som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste. Med de utfordringer som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling, må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.

4.3.4 Hvilke realiteter ligger i spørreskjemasvarene

Som beskrevet under kapittel 1.2 Problemstilling, søker denne oppgaven å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivå i helsetjenesten. Mitt utkikkspunkt er hos ansatte ved to lokalsykehus, og jeg ønsker å belyse samspillet mellom de eksterne forventningene som ligger i samhandlingsreformen og de interne oppfatninger og forventningene som ansatte gir

uttrykk for i spørreskjemasvarene, knyttet til implementering av helhetlige pasientforløp for kreftpasienter. Datainnsamlingen er foretatt i forkant av samhandlingsreformen, så jeg har i første rekke data om ”frivillig” kryssing av grensene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Spørreskjemaet, som er vedlagt oppgaven i sin helhet, hadde 14 hovedspørsmål, som totalt utgjorde 114 variabler. Til analysen i dette kapitlet har jeg valgt ut de enkeltspørsmål som jeg mener vil bidra til å øke kunnskapen om de utfordringer som ligger i ambisjonene om helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Analysen i dette kapitlet vil danne grunnlaget for diskusjonen av forskningsspørsmålene i neste kapittel, 4.4.

Populasjonen er ansatte og enhetsledere som til daglig direkte eller indirekte har ansvaret for behandling av voksne kreftpasienter i de to lokalsykehusene i Molde og Kristiansund, i helseforetaket Helse Nordmøre og Romsdal HF (daverende), ett år før samhandlingsreformen ble innført. Kreftpasienter kan bli behandlet i medisinske-, kirurgiske- eller gynekologiske seksjoner, samt seksjoner for ØNH, øye, nevrologi, poliklinikker for kreftbehandling, ambulante palliative team, medisinske poliklinikker, kirurgiske poliklinikker eller hudpoliklinikk. Respondentene er sykepleiere, leger og andre helsepersonellgrupper med høyskoleutdanning. Som forklart i kapittel 3.0 *Metode* ble de ansatte bedt om selv å avgjøre om de var i målgruppen for de som skulle svare på spørreskjemaet. Det er derfor ikke mulig å vite hvor mange som totalt kunne ha svart på spørreskjemaet, og det er således ikke oppgitt svarprosent i oppgaven.

I Helse Nordmøre og Romsdal HF var det på undersøkelsestidspunktet tre nivå med ledere i linje under direktør, *klinikksjef*, *avdelingssjef* og *enhetsleder*. I oppgaven vil jeg for å spare plass benevne direktør og klinikksjefer med *toppledelsen*. De er ikke respondenter i undersøkelsen. Avdelingssjefer og enhetsledere er respondenter, og av konfidensialitetshensyn, avdelingssjefene var kun 5 med ansvar for kreftbehandling, har jeg valgt å samle begge gruppene under kategorien *enhetsledere* i oppgaven. Leger og sykepleiere utgjør de klart største profesjonsgruppene i spesialisthelsetjenesten og antallet leger og sykepleiere som har svart på undersøkelsen tilsvarer 81 % av respondentene, N = 61-66.

Siden antallet respondenter var relativt lavt, N= 61-66, velger jeg å angi svarene i tabellene som følger både i *antall* og *prosent*. Jeg har bokstavert spørsmålene i et forsøk på å gi leseren en bedre oversikt. Selv om antallet respondenter med fordel kunne ha vært større, vil svarene uansett kun være uttrykk for tendenser og ikke konklusjoner. De fleste spørsmålene i spørreskjemaet har 6 svaralternativ; to positive variabler, ett alternativ med *både og*, to negative variabler og ett alternativ som kunne besvares med *ingen mening*. For å forenkle analysen noe velger jeg å omtale de to positive variablene sammen og de to negative variablene sammen.

De første 5 spørsmålene i spørreskjemaet søker å kartlegge *bakgrunnsinformasjon* for respondentene. Det er laget enkle krysstabeller for å sammenlikne funn i svar fra enhetsledere, ansatte uten lederutdanning, sykepleiergruppen og legegruppen. Videre i analysen vil det i oppgaven både bli sett på meningsforskjeller mellom enhetsledere og ansatte uten lederfunksjon, samt at det er laget krysstabeller for å se på forskjeller mellom sykepleiergruppen og legegruppen. I et tilfelle er også sykepleiergruppen ytterligere operasjonalisert, her sammenliknes sykepleiergruppen med gruppen av spesialsykepleiere.

Bakgrunnsinformasjon

Spørsmålene som vil bli behandlet under overskriften bakgrunnsinformasjon er: *Hvor arbeider du? Nåværende stilling?, Utdanningsbakgrunn?, Hvor lenge har du arbeidet ved det sykehuset du nå er tilknyttet?, og Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten?*

Respondentene, N=63-66, skulle i spørsmål 1 svare på ved hvilket sykehus de er ansatt og om de er tilknyttet sengepost eller poliklinikk. 23 av totalt 63 respondenter viste seg å ha delt ansvar mellom sengepost og poliklinikk, og har således svart både sengepost og poliklinikk. Både avdelingssjefer og legegruppen er tilknyttet både sengeposter og poliklinikker. Av i alt 86 svar på dette spørsmålet oppgav 52 at de har ansvar for behandling av kreftpasienter i sengepost og 34 at de har samme ansvar i poliklinikk. Det betyr at respondentenes svar er godt fordelt mellom sengeposter og poliklinikker. Svarene er også relativt jevnt fordelt mellom sjukehuset i Molde og sykehuset i Kristiansund.

Spørsmål 2 gjelder respondentenes *nåværende stilling*.

Tabell 1

Antall og prosent.

	Ansatte med lederfunksjon	Ansatte uten lederfunksjon	Totalt
antall (%)	13 (21 %)	50 (79 %)	63 (100 %)

50 (79 %) av respondentene er ansatte uten lederfunksjon mens 13 (21 %) respondenter av 63 (100 %) er avdelingssjefer eller enhetsledere.

Videre viste svarene i spørsmål 3 (tabell 2) respondentenes *utdanningsbakgrunn*:

Tabell 2

Antall og prosent.

	Antall respondenter	Totalt
Sykepleier	18	Sykepleiere totalt 30 (46 %)
Sykepleier med spesialisering	12	
Lege	7	Leger totalt 22 (34 %)
Lege med spesialistutdanning	15	
Annen helsefaglig utdanning på minst tre år	7	7 (11 %)
Hjelpepleier eller lignende	0	0
Annet	5	5 (9 %)
Sum	64	64 (100 %)

18 sykepleiere og 12 sykepleiere med spesialisering, til sammen 30 sykepleiere fra de to sykehusene, svarte på skjema. I legegruppen svarte 7 leger og 15 leger med spesialistutdanning, til sammen totalt 22 leger. For legegruppen ser en at det er en overvekt av leger med spesialistutdanning som har svart. 7 ansatte med annen helsefaglig utdanning på minst tre år svarte, derav ingen hjelpepleiere. Med tanke på at det prosentvis er ansatt flere sykepleiere enn leger i helseforetaket, kan en blant annet konkludere med at det er legene som har vært flittigst til å svare på spørreundersøkelsen.

Videre ønsket jeg i spørsmål 3 å få et bilde av hvilke profesjoner som hadde enhetslederansvar:

Tabell 3, Nåværende stilling mot Utdanningsbakgrunn?

Antall og prosent.

	Sykepleier - gruppen	Lege - gruppen	Annen helsefagl.	Annet	Sum
--	----------------------	----------------	------------------	-------	-----

			utd.min.3 år		
Enhetsleder	7	3	3	0	13
Ansatt uten lederfunksjon	22	19	4	5	50
Sum	29	22	7	5	N=63

Når det gjelder sykepleiergruppen ser en at 7 av enhetslederne er sykepleiere, 3 er leger og 3 har annen helsefaglig utdanning. 22 av ansatte uten lederfunksjon er sykepleiere, mens 19 er leger, 4 har annen helsefaglig utdanning og 5 av respondentene er ansatte uten lederfunksjon og svarer under kategorien annet. Som antatt er det en overvekt av sykepleiere som er enhetsledere for sengeposter og poliklinikker.

Spørsmål 5 og 7 søker å kartlegge forhold omkring varighet av ansettelse i sykehuset som respondenten nå er tilknyttet, eller i kommunehelsetjenesten. Svaralternativene er *under 2 år, mellom 2 og 5 år og mer enn 5 år*. I spørsmål 5 (tabell 4) ser en på

Utdanningsbakgrunn mot Hvor lenge har du arbeidet ved det sykehuset du nå er tilknyttet?

Tabell 4

Antall og prosent.

	Sykepleier- gruppen	Lege - gruppen	Annen helsefagl. utd. min. 3 år	Annet helsepers.	Sum (alle)
< 2 år	0	3 (14 %)	1	3	7 (11 %)
2-5 år	3 (10 %)	9 (43 %)	1	1	14 (22 %)
> 5 år	27 (90 %)	9 (43 %)	5	1	42 (67 %)
Sum	30 (100 %)	21 (100 %)	7	5	N=63(100%)

Tabellen viser at 90 % av sykepleiergruppen, 27 av 30, har vært ansatt i det sykehuset de nå er tilknyttet i over 5 år. Sammenliknet med legegruppen, så har 43 %, 9 av 21, av legene vært ansatt over 5 år. Ytterligere 43 % av legene har vært ansatt mellom 2 og 5 år. På den ene siden kan en anta at dette er et uttrykk for en stabilitet og godt kjennskap til egen og omkringliggende organisasjoner, men på den annen side kan det også være et uttrykk for lite utskifting og "friskt blod" i egen organisasjon. Samlet sett har 67 %, 42 av 63, av respondentene vært ansatt i 5 år eller mer ved det sykehuset de nå er tilknyttet.

Ved å se nærmere på spørsmålene *Nåværende stilling* mot *Hvor lenge har du arbeidet ved det sykehuset du nå er tilknyttet?*, fant jeg at hele 92 %, 12 av 13, av enhetslederne hadde arbeidsforhold med varighet > 5 år.

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, og i den forbindelse et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten, var det også av interesse å få en viss oversikt over respondentene med hensyn til hvorvidt de har vært ansatt i kommunehelsetjenesten. Min antagelse er også at det å ha vært ansatt i kommunehelsetjenesten gir en viss innsikt og forståelse for det arbeidet som gjøres i den kommunale helsetjenesten.

I spørsmål 7 ser jeg nærmere på om det er forskjeller mellom leger og sykepleiere mht om de har arbeidet i kommunehelsetjenesten.

Tabell 5 Utdanningsbakgrunn mot *Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten?*

Antall og prosent.

	Sykepleier- gruppen	Lege - gruppen	Annen helsefagl. utd.min.3 år	Annet Helsepers.	Sum
< 2 år	3 (10 %)	7 (32 %)	3	1	14 (22 %)
> 2 år	10 (35 %)	4 (18 %)	1	1	16 (25,5 %)
Nei	16 (55 %)	11 (50 %)	3	3	33 (52,5 %)
Sum	29 (100 %)	22 (100 %)	7	5	N=63(100%)

Tabell 5 viser at 55 %, 16 av 29, av respondentene med sykepleie som utdanningsbakgrunn aldri hadde vært ansatt i kommunal helsetjeneste. Det samsvarer rimelig godt med legegruppen; 50 %, 11 av 22 i legegruppen svarte at de aldri har vært ansatt i kommunehelsetjenesten. Hvis en for sykepleierne slår sammen score for *ikke ansatt i kommunehelsetjenesten* og *mindre enn 2 år* ser en at 65 % av sykepleierne har arbeidet mindre enn 2 år i kommunehelsetjenesten. For legene blir det til sammenlikning hele 82 %. Videre viser det at 35 %, 10 av 29, av sykepleierne vært ansatt i kommunehelsetjenesten i mer enn 2 år, mens noe færre enn sykepleierne, kun 18 % av legene, 4 av 22, har vært ansatt i kommunehelsetjenesten i mer enn 2 år. Totalt sett viser dette at leger og sykepleiere som er respondenter i denne populasjonen er relativt stedbundne, ca. 75 % av alle respondentene har arbeidet mindre enn 2 år i kommunal helsetjeneste. Det er likevel en tendens til at sykepleiere forflytter seg noe mer mellom sykehus og kommunal helsetjeneste enn legene.

For å belyse hvorvidt enhetslederne har vært ansatt i kommunehelsetjenesten laget jeg en krysstabell mellom spørsmålene *Nåværende stilling* og *Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten?* Tabelloppsettet viste at 69 %, 9 av 13 enhetsledere som har ansvar for kreftpasienter, aldri vært ansatt i kommunehelsetjenesten. Av ansatte uten lederfunksjon svarer 24 av 50, 48 %, at de aldri har vært ansatt i kommunehelsetjenesten. Bare 3 av 13 enhetsledere, 23 %, har vært ansatt i kommunehelsetjenesten i mer enn 2 år. Det betyr at enhetslederne har mindre erfaring med kommunal helsetjeneste enn de øvrige ansatte uten lederansvar.

Samlet sett mener jeg at svarene på spørsmål 7 gir et bilde av at enhetsledere har liten egenerfaring med hensyn til hvordan kommunehelsetjenesten fungerer.

Hva viser undersøkelsen ved de to sykehusene – sett i lys av samhandlingsreformens idealer

I analysen som følger vil jeg belyse idealene i samhandlingsreformen og hvilke realiteter som ligger i spørreskjemasvarene. I spørsmål 8 – 14 var hensikten å belyse de ansattes meninger omkring *frivillig kryssing* av grenser, samt å se på funn som kan være av betydning for ledelse i forbindelse med implementering av helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Svarene som fremkommer i undersøkelsen vil representere et innblikk i hvilke erfaringer og vurderinger respondentene har i forbindelse med grensekryssing internt og eksternt når det gjelder behandling og oppfølging av kreftpasienter. Kreftpasienter er en stor og sammensatt gruppe og som nevnt i innledningsteksten til spørreskjemaet, jfr kapittel 3.0 *Metode*, samt i forarbeidene til samhandlingsreformen som er referert i kapittel 4.3, er mange kreftpasienter kronikere i den forstand at de trenger oppfølging på ulike tjenestenivå over lang tid.

I forbindelse med kartlegging av respondentenes bakgrunnsinformasjon kom det frem at mer enn 50 % av de ansatte aldri hadde vært ansatt i kommunehelsetjenesten. Dessuten hadde 67 % av ansatte i helseforetaket vært ansatt i det sykehuset de nå er tilknyttet i 5 år eller mer, og en kan derfor tenke seg at de ansatte har rimelig god kjennskap til hvordan helsetjenesten i omkringliggende kommuner fungerer.

I spørsmål 9 ble de ansatte spurt både om de har tilstrekkelig *kunnskap om aktuelle tilbud for kreftpasienter* i de aktuelle kommuner i sykehusenes opptaksområde, om de har *god kontakt med helsepersonell om behandling av kreftpasienter* i de respektive kommuner og om de *opplever at døende kreftpasienter vanligvis blir godt ivaretatt* i kommunene.

Respondentene i denne undersøkelsen er ansatt ved to sykehus og de vil derfor sannsynligvis ha bedre kjennskap til helsetjenesten i de kommunene som ligger nærmest geografisk, og som de trolig derfor har mest kontakt med. En av årsakene til at så mange svarer *ingen mening* på spørsmål 9 (tabellene under), kan også ha samme årsak; en kjenner lite til tjenesten i kommuner som sokner til det andre sykehuset.

Selv om mange har svart *ingen mening* kan en likevel se av den første tabellen at et flertall, mellom 38 % og 59 % av de spurte, mener at det *ikke stemmer* eller *stemmer dårlig* at de har tilstrekkelig kunnskap om aktuelle tilbud for kreftpasienter i de respektive kommunene. Det er de to bykommunene Molde og i særlig grad Kristiansund som kommer best ut. 37 % av respondentene har *svært god* eller *noe god* kunnskap om Kristiansund kommune, mens for Molde svarer 29 % det samme. Eide kommune ser ut til å være den landkommunen som de har mest kunnskap om. Kommunen ligger geografisk mellom de to byene. Kristiansund og Molde er de to kommunene som er størst og som dermed helt naturlig har de fleste pasientene innen denne kategorien, og de har også den mest omfattende helsetjenesten. De er dessuten vertskommuner for de to sykehusene.

Tabell 6: 9. Ta stilling til følgende påstander: (resultat i prosent N= 62-66)

<i>Jeg har tilstrekkelig <u>kunnskap</u> om aktuelle tilbud for kreftpasienter i:</i>	Stemmer ikke				Stemme r svært godt	Ingen menin g
Averøy kommune	42	17	9	3	6	22
Tingvoll kommune	34	20	11	5	8	22
Kristiansund kommune	25	13	13	14	23	13
Gjemnes kommune	38	19	8	11	5	20
Smøla kommune	41	14	8	10	5	22
Molde kommune	25	16	13	18	11	18
Misund kommune	41	16	9	8	6	20
Eide kommune	30	19	8	16	8	20
Neset kommune	38	16	11	8	6	21

En kan forvente at helsepersonell som har ansvar for kreftpasienter som utskrives til

hjemmet eller en institusjon i hjemkommunen, etter hvert knytter kontakt med helsepersonell i kommunene. Likevel likner tabell 9 under mye på den foregående; en overvekt av respondentene mener at det *ikke stemmer* eller *stemmer dårlig* at de har god kontakt med helsepersonell om behandling av kreftpasienter i kommunene.

Tabell 7: (resultat i prosent N= 62-66)

<i>Jeg har god <u>kontakt</u> med helsepersonell om behandling av kreftpasienter i</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	35	11	10	6	8	30
Tingvoll kommune	32	6	14	6	11	30
Kristiansund kommune	27	5	14	16	16	22
Gjemnes kommune	32	8	16	14	2	29
Smøla kommune	37	8	15	7	5	29
Molde kommune	25	11	16	11	10	27
Misund kommune	29	10	16	8	5	33
Eide kommune	25	11	18	11	5	30
Neset kommune	30	8	13	10	5	34

Særdeles mange hadde *ingen mening* da de fikk spørsmålet om hvordan de oppfatter at døende kreftpasienter blir ivaretatt i kommunehelsetjenesten. Av de som har en mening, oppgir et flertall, mellom 21 % og 28 % at det stemmer *svært godt* eller *noe godt* at døende kreftpasienter blir godt ivaretatt i kommunen. Eide og Kristiansund kom noe bedre ut enn de øvrige kommunene, med henholdsvis 35 % og 39 % positive svar.

Tabell 8: (resultat i prosent N= 62-66)

<i>Jeg opplever at døende kreftpasienter vanligvis blir godt <u>ivaretatt</u> i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	2	0	6	8	13	72
Tingvoll kommune	2	2	8	13	13	64
Kristiansund kommune	2	2	6	16	23	52
Gjemnes kommune	3	0	9	11	13	64
Smøla kommune	3	0	3	16	11	67
Molde kommune	3	5	8	14	14	56

Misund kommune	3	0	10	13	14	60
Eide kommune	2	0	8	16	19	56
Neset kommune	2	0	8	14	14	62

Ut i fra svarene som kommer fram i de tre tabellene i spørsmål 9 kan det se ut som om de ansatte i sykehusene både har sparsomt med kunnskap om og begrenset kontakt med helsetjenesten i de nærliggende samarbeidskommuner. Som beskrevet tidligere i kapittel 4.3 om idealene i samhandlingsreformen, er meningen med reformen at regjeringen skal: *”sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og som er tilpasset den enkelte bruker. En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nær der de bor. Spesialisthelsetjenesten må utvikle tilbudene i dialog med kommunene, og de må samarbeide” (Nasjonal helseplan 2011-2015).*

I spørsmål 8 gir respondentene uttrykk for hvordan de forholder seg til en rekke påstander som berører kreftpasienter. De fleste spørsmålene omhandler forhold i sykehuset, men et par av spørsmålene i tabellen berører kommunehelsetjenesten.

Tabell 9

8. Ta stilling til følgende påstander om kreftpasienter? (resultat i prosent N= 63-66)

<i>I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
den interne samordningen i sykehuset fungerer godt (a)	5	11	22	48	5	9
det finnes tjenlige interne prosedyrer for organisering av behandlingen (b)	3	17	23	33	9	14
det finnes tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten (c)	14	13	20	27	2	25
Samhandlingsavdelingen i HNR er en viktig bidragsyter (d)	25	13	8	11	3	41
jeg har tilstrekkelig kunnskap om det	6	6	9	42	33	3

tilbud som finnes i eget sykehus (e)						
samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg (f)	0	2	19	43	27	10
sykehusets ambulante team er en viktig bidragsyter (g)	0	0	11	27	47	16
kommunene er generelt sett svært fleksible mht å ta imot dårlige kreftpasienter på kort varsel (h)	19	17	28	17	5	14
utskrivning av dårlige pasienter blir godt forberedt (i)	2	6	25	38	17	13
det er et stort press på å skrive ut kreftpasienter for tidlig (j)	21	25	21	10	5	19
jeg har for liten tid til den enkelte pasient (k)	8	19	13	28	30	3
jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten (l)	19	27	25	13	11	6
det er for lite ressurser satt av til fagutvikling (p)	5	2	17	22	45	9

I spørsmål 8 a gir de uttrykk for at den interne samordningen i sykehuset ikke er verken svært god eller svært dårlig, men så mange som 5 % + 48 % svarer at den interne samordningen i sykehuset fungerer relativt godt. På spørsmålet om det finnes tjenlige interne prosedyrer for organisering av behandlingen, var det også prosentvis flest positive svar (9 % + 33 %), men likevel svarte (3 % + 17 %) at det *stemmer ikke* eller *stemmer ganske dårlig*. I spørsmål 8 e, svarer overbevisende 75 % av de ansatte bekreftende på at de har tilstrekkelig kunnskap om tilbudet til kreftpasienter som finnes i eget sykehus. På det tidspunktet spørreundersøkelsen ble gjennomført hadde HNR (daværende) i ca ett år hatt en egen Samhandlingsavdeling. Respondentene ble i 8 d spurt om hvorvidt avdelingen er en viktig bidragsyter. Hele 41 % var på undersøkelsestidspunktet ukjent med avdelingens bidrag og svarte *ingen mening*. Samtidig svarte så mange som 38 % (25 % + 13 %) negativt på spørsmålet. Bare 3 % svarte at det *stemmer svært godt*. En antar at ressurser satt av til fagutvikling i en organisasjon er nødvendig for vekst og faglig progresjon. Temaet er oppe til diskusjon hvert år når budsjettene skal bestemmes.

Det er kanskje vanskelig for de ansatte å svare nei på dette spørsmålet, 8 p, men de fleste, hele 45 % + 22 %, av de spurte mente at det *stemmer svært godt* eller *stemmer noe* at budsjettene til fagutvikling er for knappe.

Undersøkelsen ble som nevnt utført 10 måneder før innføring av samhandlingsreformen, og et spørsmål som det var interessant å stille, var om kreftpasientene samlet sett blir godt ivaretatt gjennom dagens opplegg i de to lokalsykehusene. De fleste av respondentene (27 % +43 %) gav en positiv bekreftelse på det spørsmålet.

Ved å lage en krysstabell for variabelen *nåværende stilling* og spørsmålet kan en se spesifikt på enhetsledernes oppfatning om dette spørsmålet.

Tabell 10 Nåværende stilling mot Samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg?

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Stemmer ikke	0	0	0
Stemmer ganske dårlig	0	1 (2 %)	1 (2 %)
Både og	5 (39 %)	7 (14 %)	12 (19 %)
Stemmer noe	4 (31 %)	23 (46 %)	27 (43 %)
Stemmer svært godt	3 (23 %)	14 (28 %)	17 (27 %)
Ingen mening	1 (8 %)	5 (10 %)	6 (10 %)
N= 62-66	13	50	63

Det som er noe oppsiktsvekkende i denne tabellen er at 39 % av enhetslederne svarer *både og* på spørsmålet om denne pasientgruppen samlet sett blir godt ivaretatt gjennom dagens opplegg. Enhetslederne er mer negative enn de øvrige ansatte; av dem svarer kun 14 % *både og*, samt at 2 % svarer at det *stemmer ganske dårlig*. De ansatte uten lederfunksjon er også mer positive enn enhetslederne i forhold til svaralternativene *stemmer svært godt* og *stemmer noe*; her scorer de øvrige ansatte 28 % + 46 %, mens enhetslederne scorer 23 % + 31 % på de samme svaralternativene. Samlet sett er likevel 54 % av enhetslederne positiv til at kreftpasienter blir godt ivaretatt gjennom dagens opplegg.

Går en videre inn i datamaterialet og vurderer spørsmålet mot variabelen *utdanningsbakgrunn*, tabell 13, kan en se en tydelig forskjell mellom legegruppen og sykepleiergruppen.

Tabell 11 Utdanningsbakgrunn mot Samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg?

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum

Stemmer ikke	0	0	0	0
Stemmer ganske dårlig	1 (3 %)	0	0	1
Både og	8 (28 %)	2 (9 %)	2	12
Stemmer noe	7 (24 %)	14 (63 %)	6	27
Stemmer svært godt	10 (34 %)	5 (23 %)	2	17
Ingen mening	3 (10 %)	1 (5 %)	2	6
N= 62-66	29	22	12	63

I legegruppen svarer overbevisende 23 % + 63 %, 86 %, at det *stemmer svært godt* eller det *stemmer noe* at denne pasientgruppen samlet sett blir godt ivaretatt gjennom dagens opplegg. 34 % + 24 % av sykepleierne mener at det *stemmer svært godt* eller *stemmer noe*. Her ser en sykepleiergruppen også er svært positive men i mindre grad enn legene.

Når det gjelder de ambulante palliative teamene som utgår fra sykehusene, er det enighet om at de er en viktig bidragsyter i arbeidet med kreftpasienter, hele (47 % + 27 %) svarer at det *stemmer godt* eller at det *stemmer noe*. I samme spørsmål viste det seg derimot at en relativ stor prosentandel av legegruppen, 23 %, besvarte spørsmålet med *ingen mening*. Bare 7 % av sykepleiergruppen svarte det samme.

I spørsmål 8 j tyder svarene på at det ikke er for stort press for de ansatte med hensyn til å skrive ut kreftpasienter for tidlig; bare 5 % er *helt enig* mens 10 % er *noe enig* i at presset er for stort. Det samsvarer ikke helt med at så mange som til sammen 58 % i spørsmål 8 k bekrefter at det *stemmer svært godt* eller *stemmer noe* at de har for liten tid til den enkelte kreftpasient. Samtidig mener over halvparten (17 % + 38 %) av respondentene i spørsmål 8 i at utskrivning av dårlige pasienter blir godt forberedt; bare 2 % + 6 % sier at dette *ikke stemmer* eller *stemmer ganske dårlig*. Velger en å se bare på en av de to positive variablene, ser en at bare 8 % av enhetslederne mener at det *stemmer svært godt* at pasienter blir godt forberedt; bare 9 % av legene, mens 23 % av sykepleiergruppen gir uttrykk for det samme. Samlet sett mener jeg at svarene her gir et klart uttrykk for at dagens opplegg med hensyn til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten nok ikke er optimalt når det gjelder forberedelse av kreftpasienter til utreise.

I spørsmål 8 c etterspørres tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten. Her benytter hele 25 % av respondentene svaralternativet *ingen mening*. Året før samhandlingsreformen trer i kraft kan bare 2 % bekrefte at det finnes slike prosedyrer, mens 27 % svarer at det *stemmer noe*. Om lag like mange (14 % + 13 %) mener de *ikke stemmer* eller at de *stemmer dårlig*. Når det gjelder å ta imot kreftpasienter

på kort varsel i spørsmål 8 h, er det bare 5 % + 17 % som mener at dette *fungerer svært godt* eller *noe godt*; det er derimot 19 % + 17 % som mener at det *fungerer svært dårlig* eller *ganske dårlig*. Slik som respondentene har svart her, vitner det igjen om utfordringer i ”overgangene” mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten.

I spørsmål 8 l ble respondentene spurt om de mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten. Et mindretall, bare (11 % + 13 %) svarte at det *stemmer godt* eller *stemmer noe*. 25 % svarte *både og*, mens (19 % + 27 %) mener at dette *ikke stemmer* eller *stemmer dårlig*. Dette kan tyde på at den faglige kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er relativt begrenset.

For å se nærmere på om det var forskjeller i meninger mellom enhetsledere og øvrige ansatte og også mellom sykepleierne og legene, ble følgende to krystabeller laget for spørsmål 8 l mot variablene *nåværende stilling* og *utdanningsbakgrunn*:

Tabell 12 Nåværende stilling mot I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten? Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Stemmer ikke	2 (15 %)	10 (20 %)	12 (19 %)
Stemmer ganske dårlig	3 (23 %)	14 (28 %)	17 (27 %)
Både og	4 (31 %)	12 (24 %)	16 (25 %)
Stemmer noe	3 (23 %)	5 (10 %)	8 (13 %)
Stemmer svært godt	0	7 (14 %)	7 (11 %)
Ingen mening	1 (8 %)	3 (6 %)	4 (6 %)
N= 62-66	13	50	64

Tabell 13 Utdanningsbakgrunn mot I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten? Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Stemmer ikke	4 (13 %)	3 (14 %)	5	12
Stemmer ganske dårlig	5 (17 %)	7 (32 %)	5	17
Både og	6 (20 %)	8 (36 %)	2	16
Stemmer noe	6 (20 %)	2 (9 %)	0	8
Stemmer svært godt	6 (20 %)	1 (5 %)	0	7
Ingen mening	3 (10 %)	1 (5 %)	0	4

N= 62-66	30	22	12	64
----------	----	----	----	----

Samlet sett ser en her at det er sykepleiergruppen (20 % + 20 %) som i størst grad, *stemmer svært godt* og *stemmer noe*, sier at de mottar fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten; på samme spørsmål svarer enhetslederne 0 % + 23 %, mens legene mottar færrest spørsmål, 5 % + 9 %. Her observeres en markant forskjell mellom legegruppen og sykepleiergruppen på de positive variablene. Høye score på de negative variablene, 30 % for sykepleierne, 46 % for legene og 38 % for enhetslederne, bekrefter at de ansatte ikke mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten.

Videre var det av interesse å se ytterligere på samme spørsmål, om det kunne være en tendens til forskjeller mellom sykepleiere og sykepleiere med spesialutdanning, og leger og leger med spesialisering, med hensyn til hvem som fikk mest spørsmål fra kommunehelsetjenesten.

Tabell 14 Utdanningsbakgrunn mot I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten? Antall og prosent.

	Spl	Spes spl	Leger	Spes leg	Andr	Sum
Stemmer ikke	2 (11 %)	2 (17 %)	0	3 (20 %)	5	12
Stem. gansk. dårl.	4 (22 %)	1 (8 %)	3 (42 %)	4 (27 %)	5	17
Både og	4 (22 %)	2 (17 %)	3 (42 %)	5 (33 %)	2	16
Stemmer noe	4 (22 %)	2 (17 %)	1 (14 %)	1 (7 %)	0	8
Stem. svært godt	1 (6 %)	5 (42 %)	0	1 (7 %)	0	7
Ingen mening	3 (17 %)	0	0	1 (7 %)	0	4
N= 62-66	18	12	7	15	12	64

En slik oppdeling gjør at tallene for de ulike gruppene blir svært små, så jeg tar høyde for at resultater kun er tendenser. I gruppen for sykepleiere med spesialutdanning svarer 42 % at det *stemmer svært godt* at de mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten, mens bare 6 % av sykepleiergruppen mener at *det stemmer svært godt*. Spesialutdanning for sykepleierne betyr i dette tilfellet i hovedsak kreftsykepleie og palliativ sykepleie; svarene kan tyde på at spesialsykepleiere blant respondentene kommuniserer i større grad med ansatte i kommunehelsetjenesten enn sykepleiere uten videreutdanning.

For å se om det kan være en tendens til at det er lettere å fange opp spørsmål fra kommunehelsetjenesten, dersom en selv har vært ansatt i kortere eller lengre tid i

kommunehelsetjenesten, laget jeg en ny krystabell med samme spørsmål, 8 l, mot variabelen *Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten*; variabelen skiller mellom ansettelsesvarighet på < 2år, >2år og ikke vært ansatt, nei.

Tabell 15 *Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten? mot I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten?*

Antall og prosent.

	< 2 år	> 2 år	Nei	Sum
Stemmer ikke	3 (21 %)	2 (13 %)	7 (21 %)	12
Stem. ganske dårlig	7 (50 %)	1 (6 %)	8 (24 %)	16
Både og	3 (21 %)	5 (31 %)	8 (24 %)	16
Stemmer noe	1 (7 %)	2 (13 %)	5 (15 %)	8
Stemmer svært godt	0	4 (25 %)	3 (9 %)	7
Ingen mening	0	2 (13 %)	2 (6 %)	4
N= 62-66	14	16	33	N=63

En kan anta at de som har vært ansatt >2 år i kommunehelsetjenesten kjenner kommunal organisering bedre enn de øvrige ansatte i helseforetaket, og vil dermed ha lettere for å ta kontakt eller bli kontaktet fra helsepersonell i kommunene. Jeg er klar over at dette er en løs påstand, men den kan se ut til å stemme noe for utvalget som ble undersøkt.

Her ser en at 25 % + 13 %, 38 %, av ansatte som har vært ansatt >2 år, svarer positivt, *stemmer svært godt* eller *stemmer noe*, på at de mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten; bare 0 % + 7 % av de med ansettelsesvarighet <2år svarer bekreftende på samme svaralternativ, og 9 % + 15 %, 24 %, av ansatte som ikke har vært ansatt i kommunen; dvs. her kan en se en liten tendens til at kjennskap til organisasjoner kan ha positiv innvirkning på kommunikasjon og kontakt over organisasjonsgrenser.

I tabellen under får respondentene spørsmål som omhandler kommunikasjon mellom helsepersonell og oppfølging av kreftpasienter.

Tabell 16

10. Ta stilling til følgende påstander om kommunikasjon m.h.t. behandling av kreftpasienter (resultat i prosent N=62-66)

<i>Jeg mener følgende forhold hemmer god oppfølging av kreftpasienter:</i>	Virker svært hemm				Har ingen betydning	Ingen mening
--	-------------------	--	--	--	---------------------	--------------

	ende					
for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege v/sykehuset og fastlege (c)	22	29	19	5	3	22
ulik problemforståelse blant fagpersoner (g)	16	24	18	14	6	22

Respondentene ble her bedt om å svare på om spesielle forhold kan hemme god oppfølging av pasienten. I begge spørsmål som jeg har valgt å gjengi, viser 22 % av de ansatte at de ikke har tatt stilling til spørsmålet ved å benytte svaralternativet *ingen mening*. I spørsmål 10 c påpeker likevel mange 22 % + 29 % av de som gir et svar at det er *svært hemmende* eller *ganske hemmende* med for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege og fastlege når det gjelder å følge opp pasientens videre behandling i helsetjenesten. Siden over halvparten av respondentene er enige om dette, er det tydelig at det ikke er tradisjon for å ha direkte kontakt mellom ansvarlig lege ved sykehuset og fastlege, slik strukturen og arbeidsformen er i dagens helsetjeneste.

Noe påfallende er det at 46 % av enhetslederne svarer *ingen mening* på spørsmål 10 c. De tar ikke stilling til om for lite direkte kommunikasjon mellom legen på sykehuset og fastlegen er hemmende.

For øvrig er enhetslederne (8 % + 39 %) som har tatt stilling til spørsmålet, i hovedsak enige med det samlede utvalget, mens det for sykepleiergruppen er så mange som 38 % + 31 % som synes at det er *svært hemmende* eller *ganske hemmende* med for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege og fastlege. Legegruppen selv synes også det er hemmende (9 % + 36 %), men ikke i like stor grad som de øvrige som har svart.

Det er således stor forskjell på hva sykepleiere og leger mener om dette spørsmålet.

I samhandlingsreformen er det beskrevet at ansatte i spesialisthelsetjenesten ofte har et diagnosefokus i pasientbehandlingen mens ansatte i kommunehelsetjenesten er mer opptatt av pasientenes mestringssevne og funksjonsdyktighet, i samhandlingsreformen heter det: *”Samhandlingsutfordringene mellom kommuner og foretak har sammenheng med ulike målsettinger. Kommunene relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens foretakene relaterer sine mål til lindring og reduksjon av sykdomsprosessen.*

Det er manglende harmonisering av ressurstilførselen i flere behandlingsskjeder. Slik kan gevinsten av stor ressursinnsats i behandling gå fullstendig tapt i neste ledd fordi man ikke har satt inn ressurser på rehabilitering etter behandlingen, eller brukt tilstrekkelig

ressurser i hjemmesituasjonen etter et dyrt rehabiliteringsopplegg” (St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen).

Spørsmål 10 g i tabell 16 omhandler ulik problemforståelse blant fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og hvordan det påvirker oppfølgingen av kreftpasienter. Samlet sett mener 16 % + 24 % av de som svarer at det *virker svært hemmende* eller *virker ganske hemmende*. 6 % + 14 % av hele utvalget synes at det har *ingen* eller *liten betydning*. For å si noe om svarene her kan gi økt informasjon om sykepleiere og legers behandlingsfokus og forskjeller i oppfatninger omkring helhetsdimensjonen, velger jeg å gjengi to krystabeller for spørsmål 10 c mot variablene *nåværende stilling* og *utdanningsbakgrunn*.

Tabell 17 Nåværende stilling mot Vil ulik problemforståelse blant fagpersoner virke hemmende på god oppfølging av kreftpasienter? Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Virker svært hemmende	1 (8 %)	9 (18 %)	10 (16 %)
Virker ganske hemmende	4 (31 %)	11 (22 %)	15 (24 %)
Både og	2 (15 %)	9 (18 %)	11 (18 %)
Har noe betydning	0	9 (18 %)	9 (14 %)
Har ingen betydning	2 (15 %)	2 (4 %)	4 (6 %)
Ingen mening	4 (31 %)	10 (20 %)	14 (22 %)
N=62-66	13	50	63

Tabell 218 Utdanningsbakgrunn mot Vil ulik problemforståelse blant fagpersoner virke hemmende på god oppfølging av kreftpasienter? Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Virker svært hemmende	7 (24 %)	3 (14 %)	0	10
Virker ganske hemmende	9 (31 %)	4 (18 %)	2	15
Både og	8 (28 %)	2 (9 %)	1	11
Har noe betydning	3 (10 %)	6 (27 %)	0	9
Har ingen betydning	0 (%)	2 (9 %)	2	4
Ingen mening	2 (7 %)	5 (23 %)	7	14
N=62-66	29	22	12	63

På variabelen *virker svært hemmende* eller *virker ganske hemmende* når det gjelder ulik problemforståelse blant fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten,

scorer enhetslederne 8 % + 31 %, ansatte uten lederfunksjon 18 % + 22 %, sykepleierne 24 % + 31 % og legene 14 % + 18 %. Her ser en at sykepleiergruppen, 55 %, i større grad enn legene, 32 %, gir uttrykk for at ulik problemforståelse *virker svært hemmende*. En kan også legge merke til at det blant sykepleierne bare er 10 % som mener at ulik problemforståelse har liten betydning; hele 36 % av legegruppen svarer det samme, noe som betyr at legene er mer ivrige til å mene at ulik problemforståelse blant fagpersoner i de to etatene har liten eller ingen betydning. Samlet sett kan det se ut som om det er sykepleiergruppen i operativ virksomhet, som vi i tabell 16 ser at kommuniserer mest med kommunehelsetjenesten, som er den gruppen som synes at ulik problemforståelse virker mest hemmende.

For å forske på hvordan helseforetaket som organisasjon fungerer ba jeg videre de ansatte ta stilling til spørsmål om fagkompetanse og fagutvikling, og i den forbindelse blant annet svare på i hvor stor grad det foregår samarbeid i form av kryssing av organisasjonsgrenser.

Tabell 20

11. Ta stilling til følgende påstander om fagkompetanse og fagutvikling m.h.t.

behandling av kreftpasienter

(resultat i prosent n= 61-66)

<i>I min enhet er det vanlig at</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
ansatte bruker tilstrekkelig tid til refleksjon over pasientfokuset (b)	14	13	21	38	10	5
fagkunnskap deles mellom medisinsk og kirurgisk klinikk (e)	16	19	19	16	10	21
fagkunnskap deles mellom sengeposter og poliklinikker (f)	10	13	19	32	15	11
fagkunnskap deles mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten (g)	8	18	31	26	10	8
fagkunnskap deles mellom lokal - sykehuset og regionsykehuset (h)	8	16	11	29	19	16
fagkunnskap deles mellom sykehusene i Kristiansund og Molde (i)	22	25	21	5	5	22
tverrfaglig arbeid utføres (j)	2	3	24	27	38	6

ansatte kontinuerlig arbeider med fagutvikling (k)	8	15	31	21	21	3
--	---	----	----	----	----	---

Hensikten med fem av spørsmålene i tabellen, *11 e-i*, var blant annet å få økt kunnskap om kryssing av grenser mellom enheter internt i organisasjonen, mellom sykehusene og mellom de to sykehusene og kommunehelsetjenesten. Respondentene fikk spørsmål om hvorvidt de deler fagkunnskap over de ulike grensene. Med fagkunnskap menes her den fagkunnskap som det er naturlig for profesjonelle helsearbeidere å dele i forbindelse med at pasienter går inn og ut av behandlingssituasjoner på ulike nivå i helsetjenesten i forbindelse med pasientforløpene. I spørsmål *11 e* ser en at det er en relativ sparsom deling av kunnskap mellom medisinsk og kirurgisk klinikk internt i sykehusene; bare 10 % + 16 % bekrefter dette. Ved å lage krysstabell her finner en at 41 % av legene, mens bare 17 % av sykepleierne svarer positivt på samme spørsmål. I spørsmål *11 f* deles det en god del mer, 15 % + 32 %, over grensene mellom sengeposter og poliklinikker, innenfor en og samme avdeling. Tabellen viser også at det i perioden som undersøkelsen ble gjort, var særdeles sparsom deling av fagkunnskap mellom sykehusene i Kristiansund og Molde. Videre viser svarene at det i stor grad deles fagkunnskap mellom lokalsykehus og regionsykehus; hele 19 % + 29 % svarer at dette *stemmer svært godt* eller *stemmer ganske godt*. Her er det også forskjeller mellom sykepleiergruppen og legegruppen; 27 % + 46 % av legene sier at samarbeid på tvers av regionale grenser *stemmer svært godt* eller *stemmer noe*. Færre sykepleiere, bare 14 % + 21 % av sykepleierne kan bekrefte det samme. I krysstabellen der en skiller mellom gruppen av enhetsledere og øvrige ansatte kommer det fram at enhetslederne har mindre tro på at det foregår slikt regionalt samarbeid (8 % + 23 %) enn de øvrige ansatte (22 % + 55 %). Legene ser ut til å samarbeide med kollega på regionalt nivå i større grad enn sykepleierne.

Spørsmål *11 g* er kanskje det vesentligste i denne sammenhengen; her svarer de ansatte på hvorvidt de deler fagkunnskap mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Samlet sett er det flere som svarer på de positive variablene og bekrefter at deling av fagkunnskap foregår (10 % + 26 %), enn de som ikke gjør det (8 % + 18 %). Hele 31 % svarer *både og*. Jeg velger videre å ta med krysstabellene for variablene *nåværende stilling* og *utdanningsbakgrunn* for dette spørsmålet.

Tabell 20 Nåværende stilling mot I min enhet er det vanlig at fagkunnskap deles mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten? Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Stemmer ikke	0	5 (10 %)	5 (8 %)
Stemmer ganske dårlig	5 (39 %)	6 (12 %)	11 (18 %)
Både og	1 (8 %)	18 (37 %)	19 (31 %)
Stemmer noe	5 (39 %)	11 (22 %)	16 (26 %)
Stemmer svært godt	1 (8 %)	5 (10 %)	6 (10 %)
Ingen mening	1 (8 %)	4 (8 %)	5 (8 %)
N= 62-66	13	49	62

Tabell 21 Utdanningsbakgrunn mot I min enhet er det vanlig at fagkunnskap deles mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten? Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Stemmer ikke	3 (11 %)	2 (9 %)	0	5
Stemmer ganske dårlig	8 (29 %)	3 (14 %)	0	11
Både og	7 (25 %)	10 (46 %)	2	19
Stemmer noe	7 (25 %)	6 (27 %)	3	16
Stemmer svært godt	3 (11 %)	1 (5 %)	2	6
Ingen mening	0	0	5	5
N= 62-66	28	22	12	62

Når det gjelder deling av fagkunnskap mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste ser en at enhetslederne (8 % + 39 %), på variablene *stemmer svært godt* og *stemmer noe*, i større grad mener at slik deling foregår, enn hva de øvrige ansatte mener (10 % + 22 %).

Over 30 % av både sykepleiergruppen og legegruppen mener at slik aktivitet foregår.

Likevel har ganske mange ansatte også svart at slik deling mellom nivåene ikke skjer i særlig grad, at det *ikke stemmer* eller *stemmer ganske dårlig*; det er flere sykepleiere (11 % + 29 %) som mener at slik aktivitet ikke skjer, enn det er leger (9 % + 14 %). Som kjent kommuniserer legene minimum via epikriser med hensyn til alle pasienter som skrives ut fra sykehus; sykepleierne har heller tradisjon for å sende rapporter om pasienter som er pleietrengende, og som har spesielle behov for bistand, innenfor ”dagens definisjon av sykepleie”.

I spørsmål *I/b* handler det om de ansattes tid til faglig refleksjon over pasientfokuset.

I samhandlingsreformen kommenteres det at:

”Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. Dette medfører også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Wisløffutvalget (NOU 2005:3) mente at manglende samhandling ofte skyldes for lite oppmerksomhet mot nettopp dette perspektivet”.

På dette spørsmålet svarer ansatte samlet sett 10 % + 38 % på de positive variablene, *stemmer svært godt* og *stemmer noe*, men så mange som 14 % + 13 % svarer at det *stemmer ikke* eller at det *stemmer ganske dårlig* at de bruker tilstrekkelig tid. Ser en derimot på variabelen *utdanningsbakgrunn* mot spørsmål 11b divergerer svarene.

Tabell 22 Utdanningsbakgrunn mot I min enhet er det vanlig at ansatte bruker tilstrekkelig tid til refleksjon over pasientfokus? **Antall og prosent.**

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Stemmer ikke	7 (24 %)	2 (9 %)	0	9
Stemmer ganske dårlig	4 (14 %)	3 (14 %)	1	8
Både og	8 (28 %)	1 (5 %)	4	13
Stemmer noe	6 (21 %)	13 (59 %)	5	24
Stemmer svært godt	4 (14 %)	2 (9 %)	0	6
Ingen mening	0	1 (5 %)	2	3
N= 62-66	29	22	12	63

Et lavt antall sykepleiere (14 %) og leger (9 %) beskriver at det *stemmer svært godt* at ansatte bruker tilstrekkelig tid til refleksjon over pasientfokus, så langt er gruppene relativt enig. Ser en videre på variabelen *stemmer noe* ser en at det er langt flere leger (59 %) som bruker tilstrekkelig tid på å reflektere over pasientfokus enn sykepleiere (21 %). Sykepleierne bekrefter også dette ved at 24 % + 14 % svarer *stemmer ikke* og *stemmer ganske dårlig*, mens færre i legegruppen (9 % + 14 %) svarer på de samme negative variablene. Alt i alt er tendensen i svarene på dette spørsmålet at det her er sykepleiergruppen som en kan si kommer dårligst ut; som mener de har dårligst tid til refleksjon over pasientfokus.

For å få et ytterligere inntrykk av arbeidshverdagen i helseforetaket og omfanget av grensekryssing mellom profesjoner, er det betimelig å spørre ledere og ansatte om i hvilken grad det arbeides tverrfaglig i sykehusene. *Tverrfaglig samarbeid* eller arbeid i

team, kan enkelt beskrives ved at det er ulike profesjoner som diskuterer seg fram til resultat i form av planer, felles mål og tiltak opp mot pasientens behov. I spørsmål 11 j blir ansatte spurt om de mener at tverrfaglig arbeid utføres i sykehuset. Et stort flertall av respondentene (38 % + 27 %) bekrefter dette ved å svare *stemmer svært godt* og *stemmer noe*. Bare 5 % av ansatte benytter de negative variablene. I dette spørsmålet virker enhetslederne (31 % + 39 %) å være rimelig enig med de øvrige ansatte uten lederfunksjon (40 % + 24 %) på de positive variablene; sykepleiergruppen og legegruppen ser også ut til å være relativt enig, samt at de også samsvarer med resultatet for det totale utvalget. I spørsmål 11 k svarer de ansatte på om de kontinuerlig arbeider med fagutvikling? Spørsmålet har høy svarprosent. Så mange som 31 % av de som svarte benyttet svaralternativet *både og*, men likevel mener en overvekt av de ansatte (21 % + 21 %) at det *stemmer svært godt* eller *stemmer noe* at ansatte kontinuerlig arbeider med fagutvikling. I krysstabellene viser det seg at enhetslederne (23 % + 31 %) mener at de ansatte utfører slikt arbeid i noe større omfang enn hva gruppen av ansatte uten lederfunksjon selv mener (20 % + 18 %).

Spørsmål 12 i spørreundersøkelsen dreier seg i sin helhet om tiltak som kan være et bidrag i positiv retning i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. I tabellen under ser en at det er en relativt høy svarprosent på de enkelte spørsmål. Tabellen under inneholder kun spørsmål som har en positiv formulering, tiltak som det vil være helt uforpliktende for helsepersonell som deltar i spørreundersøkelsen å svare ja på. Jeg velger å gjengi hele tabellen, men bare kommentere og analysere utvalgte svar.

Tabell 23

12. Hvilke tiltak kan bidra til mer helhetlige pasientforløp?

(resultat i prosent n= 63-

66)

<i>Jeg mener det er en god løsning at::</i>	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
sykehusansatte hospiterer i kommunehelsetjenesten (a)	8	8	14	19	44	8
ansatte i kommunehelsetjenesten hospiterer i sykehusene (b)	2	3	8	16	65	6
lærings- og mestringssentret brukes	5	3	14	28	36	14

mer aktivt (f)						
det etableres flere felles møtearena for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten (g)	0	5	9	28	48	9
det etableres flere felles kurs/konferanser for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten (h)	3	2	9	25	58	3
det etableres faglig veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i sykehus og kommunehelsetjenesten (i)	0	3	8	32	49	8
det satses på felles opplæringsplan for ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten innenfor enkelte områder mht kreftbehandling (j)	0	6	13	22	45	14
en har oppdaterte felles nettsider for alle aktører (k)	3	6	10	27	46	8

Spørsmålene *a, b, f, i og j* vil videre bli kommentert.

Fra oversiktstabellen kan en i spørsmål 12 *a og b*, om hospitering på tvers av nivåene i helsetjenesten, legge merke til at de som har svart på undersøkelsen, ansatte i sykehuset, i større grad synes det er en god løsning at ansatte i kommunene (65 % + 16 %) skal gjennomføre hospitering i sykehuset framfor at de selv (44 % + 19 %) skal hospitere i kommunehelsetjenesten. Sykehusansatte vil i mindre grad hospitere i kommunene, i forhold til omvendt løsning. I samhandlingsreformen omtales begrepet *likeverd* når ny kunnskap skal utvikles både i helseforetaket og i kommunehelsetjenesten, og i forbindelse med innføringen av reformen har diskusjoner omkring definisjonsmakt kommet opp, hvem vil ta definisjonsmakten; kanskje kan en i svarene om hospitering lese en holdning hos ansatte i helseforetaket.

Lov om spesialisthelsetjenesten <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>, slår fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusets fire hovedoppgaver. Et lærings- og mestringssenter, LMS, er en tilgjengelig møteplass for pasienter og pårørende med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, og fagpersonell som jobber med dette. Hovedoppgaven er å bidra til mestring av egen hverdag. Mestring dreier seg i stor grad om

opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer, og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring er hjelp til å tilpasse seg til den nye virkeligheten, og bli i stand til å se forskjellen på det som en må leve med og det som en selv kan være med på å endre. Helseforetaket har eget LMS og i spørsmål 12 f ønsker en å finne ut hva ansatte mener om forslaget om at LMS kan brukes mer aktivt. Av svarene samlet sett ser en tydelig at en økt satsing på LMS ønskes velkommen. Ser en nærmere på forskjeller mellom leger og sykepleiere i dette spørsmålet oppdager en derimot at legegruppen, selv om svært mange er positiv, er betraktelig mindre positiv (18 % + 18 %) i forhold til sykepleiergruppen (39 % + 31 %) når det gjelder forslaget om å utvide bruken av LMS, der hensikten er å styrke pasientenes mestringsevne i forbindelse med funksjonssvikt.

I spørsmål 12 i skulle de ansatte gi uttrykk for om de har tro på tiltaket faglig veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Også dette tiltaket ser ut for å tiljubles av helsepersonell, og her er samlet positiv score 49 % + 32 %. Det var kanskje forventet at legegruppen var mer skeptisk til veiledning felles med kommunehelsetjenesten, men de var overraskende positive; 57 % + 30 % av sykepleierne svarer positivt, men også 27 % + 41 % av legene ønsker et slikt tiltak velkommen. Faglig veiledning på tvers av nivå kan være et positivt bidrag for å utvikle felles kompetanse; ansatte får også ta del i erfaringer fra helsepersonell i samarbeidende kommuner.

Av svarene på spørsmål 12 j som omhandler felles opplæringsplan for ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten innenfor enkelte områder mht kreftbehandling, bekrefter de fleste ansatte (45 % + 22 %) at tiltaket som foreslås er ønsket.

I samhandlingsreformens kapittel 5 gis det en utgreiing om begrepene *pasientrolle* og *pasientforløp*. Som forklart mer inngående i kapittel 2.2, er det i forarbeidene til samhandlingsreformen satt ned en gruppe som har sett spesielt på pasientforløpene i forbindelse med kreftsykdom. I spørsmål 13 svarer de ansatte på ulike spørsmål i forbindelse med forhåndsdefinerte pasientforløp.

Tabell 24

13. Ta stilling til følgende påstander om helhetlige pasientforløp

(resultat i prosent N= 63-66)

<i>Som ansatt opplever jeg at</i>	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
det er for mye fokus på	13	20	22	17	3	25

forhåndsdefinerte pasientforløp (a)						
det er urealistiske forventninger til hva som kan oppnås med forhåndsdefinerte pasientforløp (b)	5	13	19	13	13	39
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene (c)	3	11	22	32	13	19
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gjøre tjenestene mindre tilpasset den enkeltes behov (d)	6	13	25	19	13	24
motivasjonen for å samarbeide mer med kommunehelsetjenesten er høy (e)	3	6	21	24	29	18
kompetansen mht å utarbeide forhåndsdefinerte pasientforløp er god (f)	6	10	19	16	10	40
etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter (g)	13	13	27	16	16	17
stor arbeidsbelastning hindrer meg i å delta i arbeid med pasientforløp (h)	3	11	11	24	32	18

Som innledning til oppgavens spørreskjema, jfr kapittel 3 *Metode*, ble det gjengitt en tekst som skulle gi et inntrykk av kreftsykdommens egenart og utvikling; teksten var ment å være et bidrag inn i respondentenes forståelsesramme mht oppdraget ”å fylle ut spørreskjemaet”. Ved å se hele tabellen for spørsmål 13 samlet, ser en at mellom 17 % og 40 % har benyttet svaralternativet *ingen mening*; mange av de ansatte tar ikke stilling til spørsmålet.

Av de som har svart, er det i spørsmål 13 a noe overvekt (13 % + 20 %) av de som mener at det ikke er for stort fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp. I krysstabeller for samme spørsmål ser en at bare 0 % + 15 % av enhetslederne og 3 % + 13 % av sykepleierne opplever at det er for mye fokus, mens det er flest i legegruppen (5 % + 23 %) som er skeptisk til for mye fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp.

I neste spørsmål, 13 b, gis det uttrykk for stor usikkerhet. Svarene er relativt jevnt fordelt på alle variabler; likevel har kun 5 % + 13 % av respondentene har tro på at

forhåndsdefinerte pasientforløp er realistiske. En ser videre at så få som 0 % + 8 % av enhetslederne mener at en har realistiske forventninger, og til sammenlikning svarer noen flere ansatte uten lederfunksjon 6 % + 14 % på samme variabel. Sammenlikner en sykepleiergruppen og legegruppen ser en også en viss meningsforskjell; det er flere leger (23 % + 14 %) enn sykepleiere (7 % + 10 %) som uttrykker at de er enig i at det er urealistiske forventninger til forhåndsdefinerte pasientforløp.

På tross av at respondentene gir uttrykk for rimelig stor usikkerhet med hensyn til hva en kan forvente av slike forløp, ser mange (13 % + 32 %) i det neste spørsmålet ut til å være *helt enig* eller *ganske enig* om at kvaliteten på tjenesten vil bli bedre ved å innføre forhåndsdefinerte pasientforløp. For å se nærmere på svarene til enhetsledere, sykepleiergruppen og legegruppen ser jeg på spørsmålet mot variablene *nåværende stilling* og *utdanningsbakgrunn* i de to følgende tabellene.

Tabell 25

Nåværende stilling mot Som ansatt opplever jeg at forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene?

Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Helt uenig	0	2 (4 %)	2 (3 %)
Ganske uenig	1 (8 %)	6 (12 %)	7 (11 %)
Både og	2 (15 %)	12 (24 %)	14 (22 %)
Noe enig	7 (54 %)	13 (26 %)	20 (32 %)
Helt enig	2 (15 %)	6 (12 %)	8 (13 %)
Ingen mening	1 (8 %)	11 (22 %)	12 (19 %)
N= 62-66	13	50	63

Tabell 26

Utdanningsbakgrunn mot Som ansatt opplever jeg at forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene?

Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Helt uenig	2 (7 %)	0	0	2
Ganske uenig	2 (7 %)	5(23 %)	0	7
Både og	4 (14 %)	7 (32 %)	3	14
Noe enig	11 (38 %)	5 (23 %)	4	20
Helt enig	5 (17 %)	2 (9 %)	1	8

Ingen mening	5 (17 %)	3 (14 %)	4	12
N= 62-66	29	22	12	63

Her ser en at så mange som 15 % + 54 % av enhetslederne er helt enig eller ganske enig i at forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene; de øvrige ansatte uten lederutdanning er ikke like positive (12 % + 26 %). Fordelt på sykepleiergruppen (17 % + 38 %) og legegruppen (9 % + 23 %), så ser en at sykepleierne har større tro på økt kvalitet enn legene. I tabell 26 ser en at så mange som 23 % av legene er *ganske uenig* i at det blir bedre kvalitet; til sammenlikning er bare 14 % av sykepleiergruppen uenig. Enhetslederne gir i dette spørsmålet et rimelig klart uttrykk for at de har stor tro på kvalitetsforbedring ved innføring av forhåndsdefinerte pasientforløp.

Til tross for at mange mener at kvaliteten blir bedre, kommer det frem i neste spørsmål, 13 d, at spesielt enhetslederne (15 % + 34 %) er *helt enig* og *noe enig* i at slike forhåndsdefinerte pasientforløp vil gjøre tjenestene mindre tilpasset den enkeltes behov; 23 % + 14 % av legene og 10 % + 21 % av sykepleierne er enig i dette. Her er igjen sykepleierne mindre skeptiske enn legene; legene tror i større grad enn sykepleierne at tjenestene vil bli mindre tilpasset den enkeltes behov. Det samsvarer også med at legene mente at forventningene til forhåndsdefinerte pasientforløp er noe urealistiske.

Neste spørsmål dreier seg om hvorvidt helsepersonell i forbindelse med behandling av pasienter, søker nødvendig eksperthjelp eller kompetanse via andre kanaler enn prosedyreverktøyet i egen organisasjon, for eksempel videomøter, telefon, kollegasamtaler etc. Helt konkret blir de ansatte i spørsmål 13 g spurt om uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter. Svarene i tabell 27 ser ut til å være relativt jevnt fordelt på variablene. For å se nærmere på svarene fra gruppen av enhetsledere, leger og sykepleiere i samme spørsmål, viser jeg videre to krysstabeller.

Tabell 27

Nåværende stilling mot Som ansatt opplever jeg at etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter? Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Helt uenig	0	8 (16 %)	8 (13 %)
Ganske uenig	2 (15 %)	6 (12 %)	8 (13 %)
Både og	3 (23 %)	14 (28 %)	17 (27 %)
Noe enig	3 (23 %)	7 (14 %)	10 (16 %)

Helt enig	3 (23 %)	7 (14 %)	10 (16 %)
Ingen mening	2 (15 %)	9 (18 %)	11 (17 %)
N= 62-66	13	51	64

Tabell 28

Utdanningsbakgrunn mot Som ansatt opplever jeg at etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter? Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Helt uenig	6 (20 %)	1 (5 %)	1	8
Ganske uenig	4 (13 %)	2 (9 %)	2	8
Både og	8 (27 %)	7 (32 %)	2	17
Noe enig	3 (10 %)	6 (27 %)	1	10
Helt enig	3 (10 %)	5 (23 %)	2	10
Ingen mening	6 (20 %)	1 (5 %)	4	11
N= 62-66	30	22	12	64

I tabellene over ser en at nesten halvparten, 23 % + 23 %, av enhetslederne er *helt enig* eller *noe enig* i at uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer, mens bare 14 % + 14 % av de øvrige ansatte uten lederansvar støtter lederne i deres oppfatning. I tabell 28 ser en at sykepleiergruppen og legegruppen har rimelig ulik oppfatning i dette spørsmålet. Bare 10 % + 10 % av sykepleiergruppen er *helt enig* eller *noe enig* i at uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer, mens hele 23 % + 27 % av legegruppen støtter uformelle nettverk. Faktisk mener så mange som 20 % + 13 % av sykepleierne at formelle prosedyrer er viktigere enn uformelle nettverk, mens bare 5 % + 9 % av legene støtter prosedyrer som viktigst. Hele 20 % av sykepleierne har *ingen mening* om spørsmålet. Samhandlingsreformens forventninger er økt samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten og har koordinering av helhetlige pasientforløp som et hovedanliggende. I spørsmål 13 e kommer det fram at respondentene i undersøkelsen har høy eller relativt høy (29 % + 24 %) motivasjon for å samarbeide mer; motivasjon for økt kryssing av organisasjonsgrenser mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten. Enhetslederne ser ut til å ha høyest motivasjon (46 % + 23 %), dernest sykepleiergruppen (38 % + 24 %) og lavest, men likevel relativt høy, er legegruppens motivasjon (18 % + 27 %). I legegruppen ser det ut til å være en viss splittelse, her svarer faktisk så mange som 5 % + 14 % på de negative variablene, at de er *helt uenig* eller *ganske uenig* i at motivasjonen for å samarbeide mer

med kommunehelsetjenesten er høy. Til sammenlikning svarer svært få i sykepleiergruppen, 3 % + 3 %, og i enhetsledergruppen 0 % på de negative variablene. Selv om et stort flertall av de ansatte som svarer har høy motivasjon for økt samarbeid, svarer hele 40 % av respondentene i neste spørsmål, 13 f, at de har *ingen mening* om de har god kompetanse til å utarbeide forhåndsdefinerte pasientforløp. Bare 10 % + 16 % kan si at de er *helt enig* eller *noe enig* i at de har god kompetanse. I dette spørsmålet ser enhetsledergruppen, sykepleiergruppen og legegruppen å være relativt enig. Svaret tyder trolig på at verktøyet for å utvikle pasientforløp er lite kjent blant ansatte.

I svarene i spørsmål 13 e så vi at de som svarte virket å være motivert for økt samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det kan innvendes mot dette at det er et spørsmål som det er relativt uforpliktende å stille seg positiv til i en slik undersøkelse. Dette bekreftes via de svarene som framkommer i spørsmål 13 h, der en spør om deltakelse i utviklingen av forhåndsdefinerte pasientforløp. Her svarer 32 % + 24 % at de er *helt enig* eller *noe enig* i at stor arbeidsbelastning hindrer dem i å delta i arbeid med pasientforløp. Krysstabeller for dette spørsmålet viser at det er flest leger (41 % + 27 %) som bekrefter at de har for stor arbeidsbelastning, men også mange sykepleiere (29 % + 25 %) og enhetsledere (39 % + 15 %) bekrefter dette ved å svare at de er *helt enig* eller *noe enig*. Bare noen få av de som svarte mener at arbeidsbelastningen er forenlig med å bidra inn i arbeid med pasientforløp; 8 % + 0 % av enhetslederne, 4 % + 14 % av sykepleierne og ingen (0 % + 0 %) av legene. I tabellen under gjengis svarene på spørsmål 14; respondentene blir her i hovedsak utfordret på å ta stilling til ledelse av egen enhet, men blir også spurt om de mener de får støtte fra stabsavdelinger, samt om de mener at fagutvikling prioriteres av foretakets overordnede ledelse.

Tabell 29

14. Arbeid med fagutvikling, kompetanseutvikling er i første rekke et lederansvar.

Sett ut ifra dagens situasjon - hvordan stiller du deg til følgende påstander som

berører ledelse av den enheten du arbeider innen?

(resultat i prosent N=

62-66)

<i>Jeg mener at:</i>		Fungerer		Både		Funger	Ingen
		dårlig		og		godt	mening
kompetanse- og fagutvikling	a	10	8	40	25	17	0
oppdatering av prosedyrer i EQS	b	24	22	21	16	6	11
administrativ ledelse	c	3	15	34	23	16	10

faglig ledelse	d	3	16	29	24	24	3
Endringsledelse	e	7	16	20	16	7	34
forankring i overordnede mål	f	8	15	21	18	10	27
støtte fra foretakets stabsavdelinger i		29	27	16	8	0	19
prioritering av fagutvikling hos		41	26	12	15	0	7
overordnet ledelse i HNR	j						
rekruttering av nødvendig		16	26	26	15	3	15
kompetanse	k						

Jeg velger å se spørsmål 14 a og 14 j sammen. Samlet sett ser en her at 17 % + 25 % (42 %) av ansatte mener at fagutvikling i egen enhet, 14 a, *fungerer godt* eller *fungerer noe*. Dette til tross for at respondentene i spørsmål 14 j svarer 41 % + 26 % (67 %) at prioritering av fagutvikling hos overordnet ledelse i HNR *fungerer dårlig* eller *fungerer ganske dårlig*. Legene og sykepleierne ser ut til å være nokså enig om dette standpunktet. Til tross for en overvekt av positive svar i spørsmål 14 a, gjør nær halvparten av de ansatte det klart i spørsmål 14 b, at oppdateringen av elektroniske prosedyrer i helseforetakets kvalitetssystem (EQS) *fungerer dårlig* eller *fungerer ganske dårlig* (24 % + 22 %); hele 61 % av enhetslederne er enig i dette, 45 % av sykepleierne og 55 % av legene. Administrativ ledelse utgjør sentrale deler av lederrollen på organisasjons- og avdelingsnivå der deler av ansvaret blant annet består i å kvalitetssikre den faglige standarden og tilrettelegge for samarbeid. I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen og nye krav til kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, vil det være av interesse å se hva de ansatte mener om nettopp administrativ ledelse. I spørsmål 14 c ble de ansatte spurt om hvordan administrativ ledelse fungerer i den enheten de er tilknyttet. Samlet sett ser en at 16 % + 23 % (39 %) av de ansatte svarer på de positive variablene, at det *fungerer godt* eller *fungerer noe*. Likevel ser en av krysstabeller at så mange som 5 % + 23 % av legegruppen synes at administrativ ledelse i sin enhet *fungerer dårlig*; bare 0 % + 8 % av enhetslederne og 0 % + 14 % av sykepleierne er enig med legegruppen her. Få enhetsledere, bare 8 %, mener at administrativ ledelse *fungerer dårlig* eller *fungerer ganske dårlig*. Faglig ledelse og grenseperspektivet i forhold til samhandlingsreformens fokus på koordinering og helhet blir drøftet i analysens kapittel 4.3 Ledelsesperspektiv.

Svarene i spørsmål 14 d viser en tendens til at respondentene i undersøkelsen er noe bedre fornøyd med den faglige ledelsen enn den administrative ledelsen av den enheten som de

selv er tilknyttet. Ser en alle respondentene samlet, mener nesten halvparten, 24 % + 24 %, at faglig ledelse av enheten *fungerer godt* eller *fungerer noe*.

Tabell 30

Nåværende stilling mot Hvordan opplever du at faglig ledelse fungerer?

Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Fungerer dårlig	0	2 (4 %)	2 (3 %)
Fungerer ganske dårlig	1 (8 %)	9 (18 %)	10 (16 %)
Både og	5 (39 %)	13 (27 %)	18 (29 %)
Fungerer noe	3 (23 %)	12 (25 %)	15 (24 %)
Fungerer godt	3 (23 %)	12 (25 %)	15 (24 %)
Ingen mening	1 (8 %)	1 (2 %)	2 (3 %)
N= 62-66	13	49	62

Tabell 31

Utdanningsbakgrunn mot Hvordan opplever du at faglig ledelse fungerer?

Antall og prosent.

	Sykepleiere	Leger	Andre	Sum
Fungerer dårlig	0	1 (5 %)	1	2
Fungerer ganske dårlig	7 (25 %)	3 (14 %)	0	10
Både og	9 (32 %)	6 (27 %)	3	18
Fungerer noe	7 (25 %)	5 (23 %)	3	15
Fungerer godt	4 (14 %)	7 (32 %)	4	15
Ingen mening	1 (4 %)	0	1	2
N=62-66	28	22	12	62

I tabell 32 ser en at halvparten av enhetslederne er enig med de øvrige ansatte om at faglig ledelse *fungerer godt* eller *fungerer noe*. I tabell 33 kan en likevel se at sykepleierne (14 % + 25 %) er noe mindre positiv til faglig ledelse enn det legene (32 % + 23 %) er. Svarene på de negative variablene (tabell 33) bekrefter dette; her svarer 25 % av sykepleierne at faglig ledelse fungerer dårlig, mens bare 19 % av legene mener det samme. Sørås (2007) beskriver endringsledelse som ledelse av systematisk forbedringsarbeid og organisasjonsutvikling i sykehus. Spørsmål 14 e handlet om endringsledelse i egen enhet i forbindelse med kompetanse- og fagutvikling. 34 % av alle som svarte på spørsmålet

brukte svaralternativet *ingen mening*. Det kan bety at respondentene ikke helt forsto spørsmålet, noe som igjen utfordrer tolkningen av svarene.

Studerer en svarene til de som tok stilling, ser en at enhetslederne har større tro på at endringsledelse fungerer enn det øvrige ansatte uten lederfunksjon har; enhetsledere scorer høyest med 8 % + 23 % på svaralternativene *fungerer godt* og *fungerer noe*, mens de øvrige ansatte svarer til sammenligning 6 % + 15 % på samme spørsmål. Legegruppen er i dette spørsmålet noe mer positiv til endringsledelse enn sykepleierne; 28 % av legene, svarer at endringsledelse *fungerer godt* eller *fungerer noe*, mens bare 14 % av sykepleierne er enig.

I spørsmål 14f var hensikten å få vite om de ansatte har tro på at enhetens arbeid med fagutvikling og kompetanseutvikling har forankring i foretakets overordnede mål; her handler det om å kjenne kartet og vite retningen til egen organisasjon.

Ser en hele utvalget under ett svarer 27 %, *ingen mening* og 23 % at fagutvikling og kompetanseutvikling er *dårlig* eller *ganske dårlig* forankret i overordnede mål (tidligere HNR), noe som til sammen utgjør svar fra 50 % av de ansatte. For å se om det var forskjell på hva enhetsledere og ansatte uten lederansvar, samt sykepleiere og leger hadde svart på spørsmålet ble det laget en krysstabell.

Tabell 32

Nåværende stilling mot Opplever du forankring i overordnede mål?

Prosent og antall.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Fungerer dårlig	2 (15 %)	4 (8 %)	6 (10 %)
Fungerer ganske dårlig	1 (8 %)	8 (16 %)	9 (15 %)
Både og	5 (38 %)	8 (16 %)	13 (21 %)
Fungerer noe	3 (23 %)	8 (16 %)	11 (18 %)
Fungerer godt	0	6 (12 %)	6 (10 %)
Ingen mening	2 (15 %)	15 (31 %)	17 (27 %)
N=62-66	13	49	62

På spørsmålet om fagutvikling og kompetanseutvikling er forankret i overordnede mål svarer oppsiktsvekkende ingen, 0 %, ingen av 13 enhetsledere at denne forankringen *fungerer godt*, mens 23 % mener at det *fungerer noe*. Hele 31 % av ansatte uten lederfunksjon bekrefter at de har *ingen mening* om organisasjonens overordnede mål.

Sykepleiergruppen og legegruppen ser ut til å være relativt enige med enhetslederne i dette

spørsmålet. Etter min mening er dette urovekkende høye tall i et så viktig spørsmål. En skulle kanskje tro at det var en kraftigere link mellom mål og utøvelse når det gjelder fag- og kompetanseutvikling i en kunnskapsorganisasjon.

Videre i spørreskjema, i spørsmål 14 i, ble respondentene utfordret på om de opplever å få støtte fra helseforetakets stabsavdelinger (tidligere HNR) i forbindelse med arbeid med fagutvikling og kompetanseutvikling. Siden det i organisasjonen er lagt opp til at ansatte og enhetsledere skal ha støtte fra stabsavdelingene i foretaket, mener jeg at svarene som kommer fram her er relativt oppsiktsvekkende. Så mange som 29 % + 27 % av ansatte svarer at støtte fra stab *fungerer dårlig* eller *fungerer ganske dårlig*. 0 % svarer at det *fungerer godt*. Bare 8 % svarer at det *fungerer noe*. I tabellen under vil en se at svært få enhetsledere scorer på de positive variablene.

Tabell 33

Nåværende stilling mot Opplever du støtte fra foretakets stabsavdelinger?

Antall og prosent.

	Enhetsledere	Ansatte uten lederfunksjon	Sum
Fungerer dårlig	6 (46 %)	12 (25 %)	18 (29 %)
Fungerer ganske dårlig	2 (15 %)	15 (31 %)	17 (27 %)
Både og	3 (23 %)	7 (15 %)	10 (16 %)
Fungerer noe	2 (15 %)	3 (6 %)	5 (8 %)
Fungerer godt	0	0	0
Ingen mening	0	12 (25 %)	12 (19 %)
N= 62-66	13	48	62

61 % (46 % + 15 %) av enhetslederne og 56 % (25 % + 31 %) av de øvrige ansatte er enig om at støtte fra stab *fungerer ganske dårlig* eller *fungerer dårlig*. Ved å lage krysstabell for utdanningsbakgrunn mot samme spørsmål ser en at sykepleiergruppen scorer hele 72 %, mens legegruppen scorer 54 %, på samme svaralternativ. Her svarer ingen av enhetslederne *ingen mening*, mens samlet for hele utvalget scorer *ingen mening* 19 %. Det er således stor enighet blant respondentene i dette spørsmålet. Samlet sett benytter kun 8 % svaralternativet *fungerer noe* og *fungerer godt*. Samhandlingsavdelingen i HNR (tidligere) har stabsfunksjon; den ble opprettet i 2010. I februar 2011, da denne undersøkelsen ble gjennomført, hadde avdelingen kun fungert i ett år; som tidligere nevnt, jfr. spørsmål 8 d, der kom Samhandlingsavdelingen også relativt dårlig ut med hensyn til å være bidragsyter for ansatte og enhetsledere i den daglige driften.

4.4 Ledelsesperspektiv

4.4.1 Innledning

Så langt i oppgaven har jeg beskrevet organisasjonsteori, metode, helsetjenestens strukturelle oppbygging, samt i et samhandlings- og grenseperspektiv sett på idealene i samhandlingsreformen og hvilke realiteter som ligger i spørreskjemasvarene. Hensikten med denne siste delen av analysekapitlet er ytterligere å øke kunnskapen omkring samspillet mellom eksterne og interne forventninger som er knyttet til implementering av standardiserte helhetlige pasientforløp. Ved hjelp av systemteori med vekt på grensekryssing, vil jeg ta et ledelsesperspektiv og forsøke å belyse utvalgte strukturelle utfordringer som enhetslederen i spesialisthelsetjenesten kan stå overfor i den aktuelle konteksten som spørreskjemasvarene gir uttrykk for.

Som beskrevet i problemstillingen i kapittel 1.2, omhandler data i første rekke ansattes «frivillige» kryssing av grenser mellom sykehus og kommunehelsetjeneste før samhandlingsreformen ble innført.

Kapitlet begrenser seg i hovedsak til å omhandle enhetslederens utfordringer i forbindelse med faglig ledelse av profesjoner, og da innenfor eget fag sykepleieprofesjonen, i forbindelse med implementering av standardiserte helhetlige pasientforløp. Uten at det påpekes spesielt, er det en selvfølgelighet at enhetslederens planlagte tiltak og endringer iverksettes i samråd med egen linjeledelse og innenfor enhetslederens mandat for ledelse.

Helt til slutt, i kapittel 4.4.3, vil jeg se nærmere på hvilke endringsstrategier som kan være aktuelle.

4.4.2 Ledelsesperspektiv

En av de store utfordringene i helseorganisasjoner er å få til helhetlige og sammenhengende behandlingsprosesser, såkalt sømløs pasientflyt, i en kompleks organisasjonssetting der delene er løst koplet. I tillegg er ledelsesfunksjonene med tilhørende planleggingsansvar splittet opp. Morten Skjørshammer (2004) beskriver at det nødvendige samarbeidet mellom ansatte i en helseorganisasjon og deres samarbeidspartnere i omgivelsene kan holdes sammen på to måter: Langsiktig planlegging,

som nedfeller seg i rutiner, prosedyrer og arbeidsdeling, og kortsiktig planlegging, der strømmen av pasienter og fagpersoner koples sammen slik at både riktig pasient og riktig profesjon er tilstede mest mulig samtidig. Dette er det ikke mulig å gjennomføre i detalj, hevder Skjørshammer. Det vil hele tiden oppstå uforutsette hendelser og de individuelle variasjonene er store. Derfor vil samhandlingen basere seg på at aktørene er i stand til gjensidig tilpasning. Det vil si at de ansatte er løsningsorienterte og klarer å inngå funksjonelle kompromisser, slik at helsetjenestene til pasientene kan gjennomføres maksimalt innenfor det som er mulig i den aktuelle situasjonen. Helsetjenesten er kompleks og både lederes og ansattes mentale kapasitet er begrenset. Det er behov for å analysere, forstå, drifte og utvikle de tjenester eller enheter de er satt til å lede, og ledere og ansatte i helseorganisasjoner kan ha behov for mentale kart eller tankemodeller som er nyttige og fleksible å bruke i det daglige. Systemtenkningen, sier Skjørshammer, er et forsøk på å imøtekomme disse utfordringene (ibid).

Som beskrevet i kapittel 4.3.1, 4.3.2 og 4.3.3, settes det i samhandlingsreformen fokus på endring av organisasjonsstrukturer, gamle arbeidsmåter og å utvikle bedre og mer sammenhengende behandlingsskjeder. En av forventningene til reformen er at det ved hjelp av økt samhandling mellom ansatte i 1. linje- og 2. linjetjenesten, skal resultere i bedre og mer helhetlige helsetjenester. Et av virkemidlene for å nå målet er å standardisere pasientforløpene for ulike diagnosegrupper eller pasientgrupper på tvers av nivåene i helsetjenesten. Det antas at tjenestene ved hjelp av dette standardiseringsverktøyet skal bli bedre koordinert, og ved hjelp av økt fokus på brukerne og brukernes funksjon er hensikten at pasientene opplever å bli ivaretatt på en mer helhetlig måte. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten opprettholde og styrke sin egen spesialistkompetanse og kommunehelsetjenesten vil få endrede oppgaver som krever økt kompetanse (*St.melding 47 Samhandlingsreformen*).

Når det gjelder egen helseregion, er samhandlingsreformen operasjonalisert i Regional kreftplan. Regional kreftplan for Helse Midt-Norge RHF 2011-2020 (http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2012/Horing_kreftplan/Regional%20kreftplan%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%202011-2020.PDF) er retningsgivende for organisering av den regionale kreftomsorgen på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. I Regional kreftplan, kapittel 6.1, står det blant annet at «*det skal foreligge pasientforløp for alle store pasientgrupper innen kreftomsorgen. De regionale pasientforløp skal inkludere retningslinjer for*

diagnostisering, utredning, behandling, rehabilitering, og oppfølging av kreftpasienter. Det regionale multimodale teamet skal ha ansvar for utarbeidelse og vedlikehold av de regionale pasientforløpene. Arbeidet må gjøres i tett dialog med lokalsykehusene og bygge på Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer innen ulike kreftformer og palliasjon. Disse prosedyrene skal anvendes i alle ledd av kreftbehandlingen. Oppfølging av kreftpasienten etter avsluttet behandling bør skje så nært pasienten som mulig. I større grad enn i dag skal dette skje ved lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten. Rehabilitering av kreftpasienter bør skje så nært hjemmet som mulig. Det heter videre at «I samhandlingsreformen forventes det at kommunale og interkommunale pasientforløp utvikles og at tjenestene organiseres ut fra behov for større enheter, for eksempel samarbeidet mellom åtte kommuner i Orkdalsregionen. Behovet for palliativ diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten vil øke, mange av disse eldre pasientene vil være mer tidkrevende, blant annet på grunn av lavt funksjonsnivå og annen komorbiditet. Dette krever nye organisasjonsformer og ny tenkning innen kreftomsorgen». Det står også at «siden palliativ medisin bør integreres som en del av det totale tilbudet til kreftpasienter, har man flere steder samorganisert onkologiske poliklinikker med det palliative senteret på lokalsykehuset». «Det må utvikles regionale pasientforløp og prioriteringer for medikamentell kreftbehandling, og palliative pasientforløp og prosedyrer må utvikles». «Det påpekes også, kapittel 26.7, at vurdering av rehabiliteringsbehov bør inngå i alle pasientforløp for kreftpasienter ved sykehusavdelinger». Oppfølging og rehabilitering av kreftpasienter planlegges i større grad å få sine tjenester ved lokalsykehuset og i de ulike kommuner. Her vil ansvaret for å utarbeide helhetlige pasientforløp naturlig nok være lokalt. (ibid).

Organisasjoner er som *åpne system*, sier Skjørshammer (2004), og det som skjer inne i organisasjonen kan ikke forstås uavhengig av det omliggende miljø og samfunn. Det som utføres av tjenesteproduksjon står hele tiden i et interaktivt forhold til samhandlingsprosesser og behov i lokalsamfunnet, slik disse kommer til uttrykk i form av brukerforventninger, brukerbehov, politiske forhold, sosiale normer og sosiale strukturer. Systemer skiller seg derved fra hverandre i graden av åpenhet (ibid).

Enhetslederen i denne sammenhengen ønsker å øke kunnskapen om hvilke strukturelle utfordringer en som leder i spesialisthelsetjenesten kan stå overfor i forbindelse med planlegging av implementering av standardiserte pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten. I følge systemteori er det nødvendig å gjøre en analyse av den konteksten

eller den virkeligheten som ansatte befinner seg i når de kontinuerlig og «frivillig» krysser grensene mellom nivåene.

I kapittel 4.3.4 gjengis hvilke realiteter, kontekst for ledelse, som ligger i spørreskjemasvarene. I undersøkelsen blant de ansatte ved to lokalsykehus er N=61-66, og av disse var 13 enhetsledere og 50 ansatte uten lederfunksjon; fordelingen med hensyn til profesjon var 30 svar fra sykepleiere, 22 svar fra leger og 7 svar fra andre faggrupper. Som enhetsleder for en enhet med ansvar for både medikamentell kreftbehandling og palliativ behandling ved et lokalsjukehus, var jeg naturlig nok opptatt av hvordan ansatte i spesialisthelsetjenesten kan bidra til at standardiseringsverktøyet blir tatt i bruk, og brukt på en slik måte at det tjener et av delmålene med reformen, som er, jfr. innledningens begrensning av oppgaven, å skape mer opplevd helhet og sammenheng for pasienter og pårørende.

Skjørshammer (2004) beskriver at det ikke er mulig å gjennomføre planlegging i detalj, og i helsetjenesten vil det alltid måtte tas høyde for gjensidige tilpasninger for å ivareta pasienters individuelle behov.

Det foreligger mye litteratur om verktøyet *standardiserte pasientforløp*, og det kan sies at det er ulike oppfatninger om hvorvidt en slik standardisering ansees for å være et nyttig verktøy med henblikk på resultatmål. På samme måte som forenklete modeller av virkeligheten kan være til nytte for å forstå kompleksitet, påpekes det i systemteorien at selve systemets egenskaper blir ødelagt eller forsvinner, dersom vi prøver å dissekere det i mindre elementer, enten fysisk eller teoretisk, for å forstå det i lys av disse. *Helheten* vil alltid være forskjellig fra *summen av delene*, og systemets deler er knyttet sammen på en slik måte at de danner en organisk helhet som fokuserer på å utføre en funksjon (Skjørshammer 2004). I praksis betyr det for meg som enhetsleder at slike modeller ikke kan «stå alene», men må «fylles ut»; innholdet og meningen må uttrykkes i organisasjonens verdigrunnlag og virksomhetsstrategi.

For å øke forståelsen omkring hvilke holdninger de ansatte hadde til standardiserte pasientforløp skulle de i spørreskjemaets spørsmål 13, ta stilling til ulike påstander om forløp. Spørsmålet inneholdt 8 delspørsmål, og det viste seg at så mange som mellom 17 % og 40 % benyttet svaralternativet *ingen mening*. Av de som hadde svart kom det fram at legegruppen var generelt mer skeptisk til tiltaket enn sykepleiergruppen. Svarene viser en stor usikkerhet hos de ansatte både omkring *realismen i å etablere standardiserte pasientforløp* og om pasientforløpene vil gjøre tjenestene *mindre tilpasset* den enkeltes behov. Mer enn 70 % av de ansatte var usikre på om de opplever at *kompetansen med*

hensyn til å utarbeide pasientforløp er god, men likevel mener så mange som 33 % at det ikke er for mye *fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp*. Til tross for at svarene ovenfor signaliserer en viss usikkerhet omkring pasientforløpsverktøyet, mener de fleste som har svart (45 %) at *forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene*. Hele 9 av 13 (69 %) enhetsledere støtter at slike pasientforløp vil gi bedre kvalitet. Sett under ett svarer over halvparten av de ansatte i *spørsmål 13* at de har *stor arbeidsbelastning* og mener at det hindrer dem i å delta i arbeid med pasientforløp. I samme spørsmål svarer de likevel at de har *høy motivasjon* når det gjelder å samarbeide mer med kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen ble som kjent gjort før samhandlingsreformen trådte i kraft, men arbeidet med standardisering av pasientforløp i organisasjonen var allerede godt i gang da undersøkelsen ble gjort. Som en også så av svarene i *spørsmål 13*, var det enhetslederne som var mest positiv til tiltaket. En av årsakene til at de ansatte virket «noe ukjent» med begrepet, kan være at informasjon om «nye systemer» ofte blir gitt på ledermøter, og det kan nok variere i hvor stor grad, og hvordan meningsskapingen formidles fra enhetsledere og videre til de ansatte.

Kunnskapsbedrifter er kjent for at koordinering av arbeid skjer ved standardisering av kunnskap via profesjonskunnskapen, og med samhandlingsreformen påstår mange at det også innføres en form for standardisering av arbeidsprosesser i helsetjenesten. Om «standardisering av arbeidsprosesser» blir godt mottatt i en organisasjon med autonome ansatte, vil tiden vise. Jeg har tro på at implementering av verktøyet til en viss grad kan være avhengig av hvordan vi som enhetsledere, og i særdeleshet toppledelsen, tar ansvar og viser interesse for å skape mening omkring verktøyet ved å fylle det med »innhold». Det handler om å forstå «what's in it for me?». Dette er spesielt viktig i helseorganisasjoner med stort innslag av profesjonelle med høy grad av autonomi, sier Skjørshammer. De kan ofte ha en sterkere tilknytning til sin egen profesjon enn organisasjonen (ibid).

I sykehusene kan en ofte oppleve at det kan være utfordrende å samordne tiltak.

Skjørshammer (2004) forklarer det slik at *lukkede grenser* og lite «innblanding» fra andre undersystemer (enheter) kan skape «ro» i egen enhet slik at en effektivt kan utføre de helsetjenester som en på et gitt tidspunkt mener at situasjonen krever. Lukkede grenser benyttes for å regulere økt spesialisering. Rigide grenser tillater liten grad av samhandling, og grensene beskytter systemets differensiering. Sykehus er organisasjoner med lang historie og en etablert byråkratisk struktur hvor rigide grenser har bevart dets egenart og

spesielle oppgaver (ibid). Helseorganisasjoner er ofte preget av mer lukkede grenser når det gjelder verdier og grunnleggende antagelser om virksomheten (ideologi), og åpnere grenser på teknologiområdet, sier Skjørshammer (2004). Det betyr at det kan være lettere å gjøre endringer ved å innføre ny teknologi eller nye behandlingsformer, i forhold til å skulle endre praksis fra for eksempel en individualistisk tilnærming i helsetjenesten, til å ha mer fokus på team, grupper og samhandling.

Samhandling vil kreve at grenser åpnes (ibid). I praksis kan det bety at endringer som berører de ansattes relasjonelle kompetanse, kan være mer utfordrende å endre på. Som enhetsleder ser jeg at det i forbindelse med implementering av standardiserte pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten, vil det å være bevisst på «grensemekanismene», kunne være et positivt bidrag inn i planleggingen av tiltak i forbindelse med å skulle utforme helhetlige pasientforløp. Som for eksempel i forbindelse med behandling med cytostatika og andre biologiske medikamenter, er det viktig å ha «ro» i organisasjonen til å vedlikeholde og øke kompetansen for å sikre økt spesialisering i egen enhet; på den annen side vil grenser måtte åpnes dersom det besluttes at enkelte behandlinger med cytostatika skal foregå i kommunene på ulike desentraliserte medisinske sentra. I det første tilfellet vil enhetslederen sørge for å «holde grensen lukket», mens i forbindelse med behov for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten må en sørge for at grensen åpnes; her kan det være snakk om hospitering, veiledning, pedagogisk virksomhet, etc., avhengig av hva som er det reelle behovet i den organisasjonen eller de organisasjonene som samordnes og som endringen er aktuell for.

I forbindelse med slike tiltak kan det å «åpne grensene» bety at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten initierer et tettere samarbeid med Lærings- og mestringssentret, slik at kunnskap i størst mulig grad, og med kompetanse fra begge nivå i tjenesten, kommer pasienter og pårørende til nytte; tilbudet kan bidra til at pasienter får økt sin beslutningskompetanse omkring egen situasjon, og dermed mulighet til å påvirke sin livskvalitet. I motsetning til de mer lukkede grensene i en kreftpoliklinikk vil grensene for et palliativt team være mer fleksible. Teamet arbeider mer utadrettet og en kontinuerlig vurdering av samarbeidende helsetjeneste og pasienters situasjon, gjør at det er nødvendig med fleksible grenser og gjensidig tilpasning i samhandlingen med kommunene. Slik jeg ser det kan da også et team ha både åpne og lukkede grenser samtidig; ved behov for en økt spesialisering kan en «lukke grensen» mens med ønske om samhandling «åpnes grensen». Skjørshammer (2004) påpeker imidlertid at *klare grenser* er viktig for at et system skal fungere godt. Det er ofte viktigere enn hvordan systemet er

sammensatt, mener han. Grensene for organisasjonen kan sies å være de reglene som definerer *hvem* som deltar i systemet og *hvordan*, og grensenes formål er å avgrense systemet utad i forhold til omgivelsene og andre systemer, og innad i forhold til undersystemer (ibid).

For å få et bilde av hvordan de ansatte handler i forhold til egen organisasjon og organisasjonens grenser, ble de i spørreskjemaet bedt om å ta stilling til en del påstander som omhandlet intern samordning, interne grenser i de to sykehusene. Det var her interessant å få svar på hva de ansatte mente om dagens opplegg for de kreftpasientene som er tilhørende de to lokalsykehusenes geografiske område. I *spørsmål 8* kom det frem at over 70 % av de ansatte svarer at de samlet sett mener at denne pasientgruppen er godt ivaretatt gjennom *dagens opplegg*. Legegruppen, er i dette spørsmålet, med sitt medisinske perspektiv, mer positiv enn sykepleierne, som gjerne tar omsorgsperspektivet, Enenhetslederne ser spørsmålet «gjennom ledelsesbriller», og de er også positive, men viser også en usikkerhet ved at mange svarer *både og*. Videre svarer om lag halvparten av de ansatte at den *interne samordningen* omkring kreftpasienter *fungerer bra*, og nesten like mange mener at det fins *tjenlige interne prosedyrer* for organisering av behandlingen. Så mange som 75 % av ansatte mener at de har *tilstrekkelig kunnskap* om det tilbud som finnes i eget sykehus, og når det gjelder tjenestene som sykehusets ambulante team kan tilby, så mener like mange at sykehusets *ambulante team er en viktig bidragsyter*. På spørsmål om pasientbehandling, svarer så mange som 58 % av ansatte, at de i det daglige har *for liten tid til den enkelte pasient*, noe som ikke samsvarer helt med at de fleste gir uttrykk for at *presset ikke er for stort med hensyn til å skrive ut kreftpasienter for tidlig*. Over 50 % av de ansatte svarer også på de positive variablene, når de blir spurt om de mener at *utskrivning av dårlige kreftpasienter blir godt forberedt*. I spørsmål 11 b svarer likevel mange (48 %) bekreftende på at de bruker tilstrekkelig *tid til refleksjon over pasientfokus*. Her viser det seg at det er legene (68 %) som kommer bedre ut enn sykepleierne (35 %). Ved å se nærmere på materialet viser det seg også at hele 38 % av sykepleierne svarer at det *ikke stemmer* eller *stemmer ganske dårlig* at ansatte bruker tilstrekkelig tid til slik refleksjon.

Skjørshammer (2004) beskriver at *begrensninger* er et systembegrep som refererer til forventninger eller betingelser; det kan være betingelser som omgivelsene pålegger systemet eller som systemet pålegger seg selv. Begrensninger kan være gode, dårlige, positive, negative, akseptable og etiske, uansett er slike betingelser viktig å identifisere for enhetslederen som skal planlegge endringer i organisasjonen.

Pasientbehandling vet vi medfører kontinuerlig samarbeid og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Fra et slikt perspektiv, på spørsmål om det finnes *tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten* over grensene mot kommunehelsetjenesten, viser det seg at de ansatte er noe mer usikre. Nærmere 30 % er positive, men her svarer likevel 25 % *ingen mening*, og 20 % *både og*. Nesten 40 % av de ansatte mener at *kommunene ikke er spesielt fleksible* når det gjelder å ta imot dårlige kreftpasienter på kort varsel. I *spørsmål 8 l* ble de ansatte spurt om de opplever at de *mottar mange fagspørsmål* fra kommunehelsetjenesten. 25 % svarte *både og*, men også så mange som i underkant av 50 %, svarte negativt på dette spørsmålet. Av de 24 % som svarte positivt på spørsmålet, var det derimot interessant å se at det er store forskjeller mellom sykepleiergruppen (40 %) og legegruppen (14 %). Videre så jeg også på forskjeller mellom sykepleiere og spesialsykepleiere; spesialsykepleiere er i denne sammenhengen kreftsykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i palliasjon, og her kom det fram at 28 % av sykepleiergruppen bekrefter slik kommunikasjonsaktivitet, mens prosentvis flere, så mange som 59 % av spesialsykepleierne bekrefter det samme. En må ta høyde for at dette bare kan sees på som tendenser, da tallmaterialet er lite, men det samsvarer også med mine tanker om hvordan praksis er. Uten at det ble stilt spørsmål om det i undersøkelsen, kan en kanskje anta at leger benytter seg mest av brev og epikriser i kontakten med kommunehelsetjenesten, mens det er sykepleierne som i hovedsak tar ansvar for den mer praktiske tilretteleggingen av tjenesten. I *spørsmål 10 c* kom det også fram at det ikke er en tradisjon for å *ha direkte kontakt mellom ansvarlig lege på sykehuset og fastlegen* i kommunehelsetjenesten. Ved å lage en krystabell mellom svarene i spørsmål 8 c og 8 l (tabell 15), vise det seg derimot en tendens til at kjennskap til organisasjoner kan ha positiv innvirkning på kommunikasjon og kontakt over organisasjonsgrenser. Dersom en ansatt hadde vært ansatt mer enn 2 år i kommunehelsetjenesten, svarer 38 % bekreftende på at de mottar mange fagspørsmål, mens bare 7 % av de som har vært ansatt mindre enn 2 år mottar slike spørsmål. Samlet sett kan likevel svarene tyde på at opparbeidede *nettverk* i andre organisasjoner kan være positive bidrag med hensyn til å åpne grenser mot andre organisasjoner. Dette kan tyde på at den faglige kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er relativt begrenset, men at det kan være en tendens til at de som har arbeidet i kommunehelsetjenesten tidligere er mest aktive, og da ser det ut til at spesialsykepleierne som er mest aktive.

Videre var det for meg som enhetsleder ønskelig å danne meg et bilde av hvordan kontakten med, og kjennskapen til kommunehelsetjenesten var på det tidspunktet spørreundersøkelsen ble gjennomført, og ut fra de svarene som kom fram i *spørsmål 9 (tabell 6,7 og 8)*, kan det se ut som om de ansatte i sykehusene både har sparsomt med kunnskap om, og begrenset kontakt med helsetjenesten i de nærliggende samarbeidskommuner. Det viste seg å være noe mer kontakt mellom helsetjenestenivåene i de to byene, noe som også er logisk siden det er der den største pasientpopulasjonen befinner seg.

I systemteori (Skjørhammer 2004: 38) kan en organisasjon defineres systemisk som ”*et sett av roller (elementer) og en strøm av aktiviteter som er utformet med tanke på å oppnå bestemte mål*”. Disse rollene står i større eller mindre grad i et avhengighetsforhold til hverandre. Et slikt system er ikke tilfeldig, men har utviklet seg over tid med det formål å ivareta nærmere definerte behov i befolkningen, for eksempel helsetjenester, samtidig som det ivaretar fysiske, psykologiske og sosiale behov hos de ansatte (ibid).

I spørsmål 10 g ønsket jeg å ta et profesjons- og rolleperspektiv for å se på om helseprofesjoner som arbeider så tett som leger og sykepleiere gjør, kan ha ulike fokus og oppfatninger omkring pasientens situasjon. I samhandlingsreformen er det beskrevet at ansatte i spesialisthelsetjenesten ofte har et diagnosefokus i pasientbehandlingen, mens ansatte i kommunehelsetjenesten er mer opptatt av pasientens funksjonsdyktighet og mestringsevne (St. melding 47 Samhandlingsreformen). De ansatte fikk spørsmål om *ulik problemforståelse blant fagpersoner* kunne virke hemmende på kommunikasjon i behandling av kreftpasienter. Prosentvis var sykepleierne mer opptatt av at ulike problemforståelse har betydning for behandlingen enn legegruppen. Rollebegrepet er nevnt tidligere, og Skjørhammer hevder at roller kan endres. Han påpeker at de stabile samspillmønstrene som utvikler seg og eksisterer over tid i et system, kalles for strukturer og er regler for hvordan ansatte samhandler og opererer sammen som en enhet. Dette åpner for at følelser, innstillinger, og atferd hos medlemmene i et sosialt system kan påvirkes gjennom de sosiale strukturene (ibid). Det er menneskelig samhandling basert på kontakt og interesse som utgjør «den psykologiske sementen» som holder sosiale systemer sammen. Det er vanlig å skille mellom prosesser og strukturer; i systemteorien går disse over i hverandre. Prosessen er den samhandling som foregår her og nå, mens strukturen er det varige og regelmessige ved prosessen. Strukturer er således faste mønstre som gjentas (ibid).

Oppsummert har jeg som enhetsleder hittil fått et inntrykk av en organisasjon der mange er

ganske godt fornøyd med dagens opplegg når det gjelder behandling og oppfølging av kreftpasienter, dette til tross for at kunnskapen om og dialogen med kommunehelsetjenesten ser ut til å ha potensiale for utvikling. Ved videre å se spesielt på forskjeller mellom sykepleiere og leger, som er de to gruppene som vanligvis arbeider tett med pasientbehandling og omsorg, ser jeg at sykepleierne er noe mindre fornøyd enn legene med dagens opplegg, og sykepleiergruppen scorer også lavere enn legene med hensyn til hvor mye tid de bruker på å reflektere over pasientfokus. Gruppen av sykepleiere er, sammenlignet med legene, mer opptatt av at ulikt syn på problemforståelse i forbindelse med behandling av kreftpasienter, kan virke hemmende på god oppfølging av pasientene. Det er også sykepleierne, og enda oftere spesialsykepleierne, som lettest tar kontakt med kommunehelsetjenesten, og det ser ut til at det skapes nettverk ved å ha arbeidet mer enn 2 år i kommunehelsetjenesten. Som de øvrige ansatte er mange sykepleiere overbevist om at standardisering av helhetlige pasientforløp vil øke kvaliteten på tjenestene, og likt med de andre ansatte, svarer også de, at de er motiverte til å samarbeide med ansatte i kommunehelsetjenesten. De ulike beskrivelsene av svarene fra sykepleiere ovenfor, mener jeg gir et inntrykk av at sykepleiere som gruppe, i større grad enn legene utfører praktisk samhandlingsaktivitet med kommunehelsetjenesten. Den påstanden kan også få støtte i svaret som gis i *spørsmål 11 h*, der legene (73 %) viser et behov for å et regionalt nettverk i større grad enn sykepleierne (35 %).

Videre bekrefter legegruppen i spørsmål 13 g, at de synes at uformelle nettverk, for eksempel videomøter, telefonkontakt, kollegasamtaler, etc., er viktigere enn formelle prosedyrer, mens sykepleiergruppen (33 %) støtter prosedyreverktøy i større grad enn legegruppen (14 %). Dette samsvarer med det inntrykket jeg har av klinisk praksis og graden av autonomi hos de to profesjonsgruppene; sykepleiere ser i større grad ut til å være i behov for prosedyreverktøy. Dette svaret ser jeg støtter opp om informasjonen fra svar i spørsmål 13, der det ble bekreftet at sykepleiere var mindre skeptisk til å standardisere helhetlige pasientforløp enn legegruppen.

Ut fra analysen av spørreskjema, får en her innblikk i et gap mellom realiteten i konteksten og den forventningen som ligger i samhandlingsreformen og tiltaket standardiserte pasientforløp; mangelfull kunnskap om og kjennskap til tjenester i samarbeidskommuner, ikke fleksible nok system i forbindelse med pasientbehandling, ulikt behandlingssyn, etc. I kapittel 2.2.2 refereres en pasienthistorie fra dagens kreftomsorg og behandling; her vises til mange «brudd» i grensepassasjene mellom 1. og 2. linjetjenesten. «Brudd» er ikke alltid

forårsaket av avvik i den medisinske behandling, men forekommer også som følge av ufullstendig kommunikasjon mellom helsepersonell. Ser en på beskrivelsen av et «vellykket pasientforløp» i kapittel 2.2.3, ser en i tillegg at det (linje 4) påpekes at «tjenesteyterne skal være opptatt av at pasienten er et helt menneske, med ressurser, familie og nærmiljø», «at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fokuserer på pasientens livskvalitet» (linje 14) og «kommunehelsetjenesten har kunnskap om rehabiliteringsbehov og risiko for senskader hos kreftpasienter slik at disse får hensiktsmessig oppfølging» (linje 17). I forbindelse med dette forløpet er det tatt ansvar for å «fylle ut det som mangler av detaljer i kommunikasjonen» slik at den for mottakeren oppleves som sammenhengende; i systemteori er dette fenomenet benevnt «redundancy» (overflod). De ansatte tar ansvar for å motstå de entropiske (nedbrytende) prosessene over tid og for å «unngå usammenhengende budskap», må de ansatte i organisasjoner oppleve at de får «noe igjen» for å samhandle med omgivelsene eller deler av systemet (undersystemer) (Skjørshammer 2004).

Tidligere i kapitlet, i omtalen av standardisering av pasientforløp, refererte jeg Skjørshammer, som påpeker at *helheten* alltid vil være forskjellig fra *summen av delene*; med det forsøker jeg å si at et instrumentelt verktøy som skal beskrive aktiviteter, prosedyrer og standarder, og som er ment å være et bidrag inn i kvalitetsforbedring av helsetjenesten, har liten verdi dersom en ikke samtidig identifiserer og oppfatter de «drivkrefter» i organisasjonen som er med på å bidra til endring og måloppnåelse. På bakgrunn av denne kunnskapen ser jeg at min hovedutfordring som leder i forbindelse med implementering av standardiserte pasientforløp i mindre grad er å innføre selve konseptet *pasientforløp* i organisasjonen, men i mye større grad og som nevnt over, å identifisere «drivkrefter» i organisasjonen. «Drivkrefter» kan være de kreftene som omskaper usammenhengende deler til et forståelig hele, i forbindelse med de ulike tiltakene i pasientbehandlingen.

Det handler om å gjøre de rette tingene på rett sted til rett tid, og da kan det blant annet handle om å samhandle på en slik måte at pasienter og pårørende kjenner seg sett, forstått og anerkjent som hele mennesker og at de opplever at tjenestene de mottar har sammenheng. I samhandlingsreformen uttrykkes det blant annet at dyr kreftmedisin kan risikere å være unyttig dersom ikke pasienter følges opp i form av rehabiliteringstilbud etter at de er ferdigbehandlet (St. melding 47 Samhandlingsreformen).

Jeg har allerede gitt uttrykk for at en i svarene fra spørreundersøkelsen kan se en tendens til at det for det meste er sykepleierne, og enda mer spesialsykepleierne, som ser ut til å være noe av «drivkraften» som tar ansvar for kommunikasjon og praktisk samhandling med kommunehelsetjenesten.

Halvard Vike m. fl. (2003) skriver i sin bok «Maktens samvittighet» at helseorganisasjoner er kunnskapsintensive og baserer seg på ansattes kunnskaper, ferdigheter og motivasjon.

De ansatte tilhører yrkesprofesjoner med egne faglige kunnskapsmodeller, egen faglitteratur, egne faglige retningslinjer, egne lover og eget makthierarki. Dette gjør at profesjonens grenser, eller jurisdiksjon, er forskjellig. Han sier at sykepleiere lærer, og har som ideal at deres ansvar for pasientene omfatter det fysiske, det psykiske, det åndelige og det sosiale. I sykepleierfaget går dette under «helhetlig ansvar – holisme». Annet helsepersonell forholder seg derimot til avgrensede deler av pasientene de behandler, via avtalte konsultasjoner. De har større mulighet for å etablere grenser rundt sin egen virksomhet. I forbindelse med en innleggelse er sykepleieren i hovedsak kontinuerlig til stede, og sykepleieren har eller påtar seg ansvaret for pasientens generelle helsetilstand så vel som hans eller hennes subjektive opplevelse av den. Ansvaret for pasienten er altså for sykepleieren ubegrenset i tid, og på en måte også ubegrenset i omfang og tema.

Sykepleiere påtar seg å koordinere andre gruppers arbeid med pasientene (Spjelkevik 2000, Haukevik 2000). De tar knapt i bruk den mekanismen som de andre yrkesgruppene i sykehuset gjør utbredt bruk av: kompensatorisk avgrensning av eget arbeid. Dermed blir de fleksible. I forhold til entropibegrepet, så ligner dette på en prosess der sykepleieren tilstreber *negativ entropi* for å ivareta helheten i situasjonen.

Vike gir uttrykk for at sykepleiere ofte tar de «restoppgavene» som blir tilbake når de andre profesjonene er ferdig med sin tidsavgrensede konsultasjon. Sykepleiere har allerede et av tiltakene i samhandlingsreformen - *koordinering og helhet* - som en del av sykepleiefunksjonen.

I forarbeidene til samhandlingsreformen, kapittel 2.2, viser forfatterne til at det til tross for at pasientene er omgitt av et stort antall ulike profesjoner og at vi omtaler Norges helsetjeneste som «en av verdens beste», forekommer det likevel alt for mange «brudd» i pasientforløpene. Pasientene opplever alt for ofte at tjenestene ikke er sammenhengende. Det spørsmålet jeg som leder da videre vil stille: Er de ansattes, profesjonenes, kompetanse skreddersydd for virksomhetens behov – bedre koordinering og mer helhetlig tilnærming til pasientene? Og dersom svaret er nei, har jeg ifølge systemteori avdekket et behov for *tilpasning*. *Tilpasning* handler om at en organisasjon, for å kunne overleve i det lange løp,

må kunne tilpasse seg til sine omgivelser og de forandringer som skjer der (ibid).

Organisasjonen kan enten tilpasse seg endringene ensidig eller prøve å forandre på omgivelsene.

En vanlig utfordring som en enhetsleder må være klar over i forbindelse med endringer der grenser i organisasjonen skal justeres, er at ansatte har en tendens til å fortsette «å gjøre som de alltid har «gjort». I systemteorien påpekes det at det i organisasjoner hele tiden foregår prosesser som har til hensikt å sørge for at systemet holdes sammen og ikke faller fra hverandre. Likevel kan ansatte oppleve at de ikke tilhører det større systemet eller at de kan få begrenset igjen for samhandling med andre deler av systemet, og resultatet kan bli at mange av deltakerne i slike prosesser begrenser sitt perspektiv til kun sin del og bekymrer seg lite om hvordan den inngår i det helhetlige behandlingsopplegget. Dette kan være særlig påtakelig i forbindelse med behandlingsskjeden i helseorganisasjoner (ibid). I spørreundersøkelsen, *spørsmål 8 f*, svarte mange ansatte at de er fornøyd med dagens opplegg i forbindelse med oppfølging av kreftpasienter. Her kan det være en fare for at de er så fornøyd at «de bare fortsetter som før». Slike indre *begrensninger* er atferd og krefter som kommer fra systemet selv, *organisasjonskulturen*; og som kan begrense i hvilken grad systemet er i stand til å gjøre endringer og tilpasse seg nye målsettinger og realiteter.

Dersom en som enhetsleder skal gjøre slike tilpasninger i forhold til samfunnets behov er det i forbindelse med en slik prosess naturlig å vurdere organisasjonens resultater (outputs), sier Skjørshammer. Det kan blant annet være interessant å vurdere organisasjonens kvalitet på tjenester og bidrag til det omliggende samfunn. Svarene en får avhenger også av hvilket perspektiv en tar, eller hvilket nivå en legger målingen på. En kan enkelt måle antall tjenester (behandlede pasienter) som produseres (outputs), en kan videre måle de faktiske forandringer som har skjedd i forhold til helseproblemer (effekter) eller så kan en se på helseeffekter i et mer langsiktig perspektiv (konsekvenser) (ibid). Dette mener jeg er en interessant og kanskje også utradisjonell måte å evaluere tjenesten på; dagens spesialisthelsetjeneste bærer nok preg av en styringslogikk basert på *New Public Management* (NPM), jfr. kapittel 4.2.1, og det mest vanlige er å måle antallet tjenester som blir utført.

Som enhetsleder vil jeg videre spørre: Hvilke *effekter* og langsiktige *konsekvenser* ønsker vi med de endringstiltakene vi gjør? Kan vi risikere at de standardiserte pasientforløpene vil medføre strammere regulering av arbeidsprosesser og bedre logistikk for profesjonene, uten at vi makter å skape mer helse og opplevelse av helhet hos pasientene? Har vi tro på at implementering av tiltaket standardiserte pasientforløp, sammen med de andre idealene i

samhandlingsreformen, jfr. kapittel 4.3.1, 4.3.2 og 4.3.3, alene vil være «den riktige medisin», eller er det behov for «støttebehandling» i form av å analysere «drivkrefter» i organisasjonen og deretter legge til rette for og utvikle felles tiltak slik at vi «skaper mer av det som vi allerede gjør bra» i helsetjenestene.

I systemteorien (Skjørshammer 2004) er den grunnleggende forestillingen at et system er en integrert helhet, der delene ikke kan reduseres til mindre deler, uten at de står i fare for å miste sin «mening» eller «hensikt». Systemets deler er knyttet sammen på en slik måte at de danner en *organisk helhet* som fokuserer på å utføre en funksjon. Hvordan skal helsetjenesten makte å skape en slik organisk helhet der profesjoner, både innenfor egne profesjongrensener og på tvers av profesjongrensener, «spiller mer på lag» både i egen organisasjon og over grensene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste? Utfordringen kan se uoverkommelig ut for en enhetsleder, men det handler ikke om at en som leder skal arbeide med alle utfordringer samtidig; det handler mer om at intervensjoner og tiltak som skal gjennomføres, i størst mulig grad bør være underlagt en helhetsforståelse. Det betyr i praksis at en bør tilstrebe løsninger som har mange komponenter ved seg og som har effekt på det vi skal skape sammen, og på de viktigste identifiserte årsakene (Skjørshammer 2004).

Lai (2012) belyser kompetansebegrepet. Her deles kompetansebegrepet inn i formell (utdanning, kurs) og uformell kompetanse (erfaring fra liv og arbeidsliv), og hun forklarer at kompetansekomponentene består av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Hun påpeker at kunnskaper er overfokusert og holdninger er underfokusert i kompetansearbeid. Selv om det fortsatt er mye uklarhet rundt begrepet kompetanse, sier hun at kunnskaper ikke er nok; kunnskaper må kombineres med evne og vilje til å gjøre en god jobb. Slik jeg ser det er det her en bevisst, mer verdibasert ledelse kan utgjøre en forskjell.

Aadland (2004, s. 22) påpeker at «leiarskapslitteraturen har til nå hatt sterke innslag av målrasjonell tankegang, ikke berre i næringslivet, men også offentlige velferdsorganisasjoner er sterkt utfordra av måloppnåing og marknadsorientering. Desse tendensane blir sterkt utfordra av en stendig sterkare protest frå alternative perspektiv, med utgangspunkt i verdiar, i symbol eller i mellommenneskeleg samhandling».

Dersom det er slik at «drivkrefter» i samhandling kan være den kompetanse og faglige integritet som sykepleiere og spesialsykepleiere besitter i kraft av sin utdanning eller erfaring med koordinering og helhet, er det for meg som enhetsleder nødvendig å se nærmere på innholdet i begrepet samhandlingskompetanse i forbindelse med implementering av pasientforløp og grenseregulering på tvers av nivåene.

Arne Orvik (2004) mener at samhandlingskompetanse ikke er en selvfølge; han sier samhandlingskompetanse er som en grunnleggende form for organiseringskompetanse. Mens *samarbeid* og *samhandling* er et individuelt ansvar, er *samordning* primært et systemansvar og dermed et ledelsesansvar. Samhandlingskompetanse er forankret i en *semiotisk kommunikasjonstenkning*, og den blir introdusert gjennom begrepene tegn, kode og kultur. I dette begrepet ligger en utvidet forståelse av maktforholdet mellom pasienter og hjelpere, og slik kan semiotisk kommunikasjonsteori bidra til brukervedvirkning og bemyndigelse av pasienter (Ibid).

For å møte utfordringene i forbindelse med betingelser eller begrensninger i form av kulturforskjeller og ulikt fokus mellom organisasjoner og nivå i helsetjenesten, forklarer Orvik at slik *semiotisk kommunikasjon* kan for pasienten, bidra til at ulike forhold tas hensyn til: integritet, kontinuitet, frihet til å velge, «det beste for de fleste» og bevaring av sosialt nettverk og å kunne ta styringen i eget liv. Videre påpeker Orvik at samhandlingskompetansen er både en profesjonell og personlig kompetanse som forutsetter trygghet i egen fagkunnskap og kjennskap til personlige begrensninger.

Samhandlingskompetanse er (Orvik 2004: 264): «å erkjenne at også samarbeid er arbeid, å være i stand til å se egen kompetanse, å forstå at å lytte er viktigere enn å snakke, å være i stand til å stå i en vedvarende prosess, å vite hva jeg selv kan og hva som er min rolle og funksjon, å være seg bevisst at det viktigste er ikke at en selv sier det, men at det blir sagt, å ha akseptert og forstått at en selv er den ressursen man bruker i møtet med den andre, å ta imot kontinuerlig tilbakemelding på hvordan man virker i samspillet med andre og å ta i bruk personlige styrker og egenskaper som kanskje har lite med profesjon og fag å gjøre, men mye med en selv som person». Skau (2012: 35) støtter Orvik på at «i samspill med andre både gir vi og tar. Relasjonsetisk bevissthet og hvordan en virker på andre, er en viktig del av den samlede profesjonelle kompetansen.»

Dersom det er riktig at samhandlingskompetanse er nødvendig for profesjonelle, og som Orvik (2004) påstår, at *samhandlingskompetanse* ikke er en selvfølge, vil jeg som enhetsleder utfordre meg selv på å gjøre en «kompetanseanalyse» i egen enhet. Kan det være behov for ny kompetanse hos de ansatte, eller er det mer behov for kompetansemobilisering? Lai (2012) påpeker at det kan være en viss fare for overfokusering på kompetanseutvikling og en underfokusering på kompetansemobilisering.

Som enhetsleder mener jeg at jeg via denne analysen har fått innsikt i at sykepleiere, og i særdeleshet spesialsykepleiere, kan fungere som «drivkraft» for samhandling med

kommunehelsetjenesten. Dersom jeg som enhetsleder skal bidra med å ta delansvar for tiltakene i samhandlingsreformen, må jeg legge til rette for at sykepleiere og spesialsykepleiere kan «gjøre mer» av den samhandlingsaktiviteten som de allerede gjør bra. Jeg må sørge for å skape handlingsrom; legge til rette for felles arenaer for ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten slik at det vi ønsker å «skape» kan bli realisert. For eksempel kan det handle om å ta ansvar for deler av det helhetlige pasientforløpet, ved å legge til rette for at ansatte kan delta i et fellesprosjekt med kommunehelsetjenesten som omhandler «behovet for rehabilitering etter kreftbehandling». I svarene på spørsmål 12 i spørreskjemaundersøkelsen, kom det frem at de ansatte var udeelt positive til ulike fellesaktiviteter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for å bidra til mer helhet i pasientforløpene. Det at sykepleierne var mer positive enn legene til å bruke Lærings- og mestringssenteret mer aktivt, støtter opp om mine tidligere antagelser om sykepleiere og spesialsykepleiere som »drivkraft» eller «samhandlingsambassadører» i pasientforløpene.

4.4.3 Hvilke endringsstrategier er aktuelle?

Sømløs pasientflyt i en kompleks organisasjonssetting der delene er løst koplet er i systemteorien beskrevet som en utfordring. I tillegg er ledelsesfunksjonene med tilhørende planleggingsansvar splittet opp. Morten Skjørshammer (2009) beskriver at det nødvendige samarbeidet mellom ansatte i en helseorganisasjon og deres samarbeidspartnere i omgivelsene kan holdes sammen på to måter: Langsiktig planlegging, som nedfeller seg i rutiner, prosedyrer og arbeidsdeling, og kortsiktig planlegging, der strømmen av pasienter og fagpersoner koples sammen slik at både riktig pasient og riktig profesjon er tilstede mest mulig samtidig.

Planlegging har en begrenset detaljeringsgrad; uforutsette hendelser og individuelle forskjeller er store, sier Skjørshammer. Imidlertid inngår løsningsorienterte ansatte funksjonelle kompromisser, og via gjensidig tilpasning, kan helsetjenestene gjennomføres maksimalt innenfor det som er mulig i den aktuelle situasjonen. På lang sikt er det nødvendig å analysere, forstå, drifte og utvikle de tjenester eller enheter en er satt til å lede. Når endringer skal iverksettes er ledelse nært knyttet til den delen av problemløsningen som dreier seg om å ta beslutninger, og da ikke minst beslutninger om hvordan organisasjonen bør arbeide med endringsutfordringer.

Systemtenkningen, sier Skjørshammer, er et forsøk på å imøtekomme disse utfordringene. Med utgangspunkt i en forståelse av planlegging som basis for fornuftig problemløsning blir det en viktig lederoppgave å arbeide med å utforme planleggingsfunksjonene og ivareta planprosessene fram til en plan og en beslutning om hvordan planen skal følges opp (ibid). Planleggingsprosesser og beslutningsprosesser henger sammen i en gjensidighet, der god planlegging sannsynliggjør at det blir tatt bedre beslutninger enn det som mangelfull planlegging muliggjør. (Skjørshammer 2009).

Når endringer skal skje på tvers av organisasjoner og på tvers av nivå i helsetjenesten, er likeverd og økt kjennskap til hverandres arbeidsmåter et vilkår for å utvikle fellesforståelse og sikre gode pasientforløp. En grundig analyse av felles kontekst sammen med god kjennskap til systemteoriens grensebegrep kan for meg som enhetsleder bidra til økt innsikt i ulike perspektiv omkring det planlagte tiltaket (ibid).

Organisasjoner er komplekse og i forbindelse med grensejustering som for eksempel samordning og samarbeid omkring koordinering av helsetjenester mellom 1. og 2.-linjetjenesten, kan en se for seg utfordringer i forbindelse med at behov for tilpasning kan skape *grensekonflikter*. Konflikter kan oppstå på ansattnivå mellom profesjoner, på organisasjonsnivå mellom enheter, mellom ledere, eller i særlig grad når ulike kontekster fra ulike fag og fagtradisjoner (diagnose og funksjon) og de ulike utfordringene som følger av profesjonsmangfoldet skal knyttes sammen. Særdeles aktuelt er spørsmål som kan oppstå omkring definisjonsmakt; hvem skal ta initiativ til å bestemme hvilke tilbud som skal etableres og hvilke samordninger som skal skje, bestemme kompetansebehov hos ansatte når kunnskap skal deles mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og hvem skal ta ansvar for evalueringene og evalueringsnivå (antall behandlinger, effekt, konsekvenser) etter å ha mottatt *feedback* om systemets fungering? I svarene fra spørreundersøkelsen kom det for eksempel fram at de sykehusansatte mente at det er en god løsning at sykehusansatte skal hospitere i kommunen, men det kunne se ut som om sykehusansatte mente at det var viktigere at ansatte fra kommunen hospiterte i sykehuset. Kan svaret signalisere noe om definisjonsmakt, at det er diagnosefokuset som «vinner»? Alle disse spørsmål vil sannsynligvis bli aktuelle når organisasjoner på tvers av nivå skal samarbeide om å utvikle og implementere lokale helhetlige pasientforløp. Skjørshammer (2009) og systemteorien påpeker at det ikke er bare én løsning på disse utfordringene, det fins ingen *ekvifinalitet*, eller «one best way».

Når jeg som enhetsleder skal gjennomføre en endring eller utviklingsarbeid, i form av kvalitetsforbedring eller organisasjonsutvikling i forbindelse med implementering av pasientforløp, er det derfor ikke en enkelt løsning som kan sies å være bedre enn andre. Likevel påpeker Skjørshammer, blir det vesentlig å identifisere eventuelle *indre begrensninger* og hvordan de representerer *betingelser* som systemet må arbeide med. I første del av dette kapittelet, i spørsmål 13, er mange utfordringer i forbindelse med implementering av *standardisert pasientforløp* drøftet i lys av systemteori. I spørreundersøkelsen kom det frem at mange ansatte svarte *ingen mening*, noe som gir et signal om at det manglet informasjon om tiltaket. Til tross for at mange viste til usikkerhet i spørsmålene som omhandlet implementering av standardiserte pasientforløp, mente likevel de fleste at det trolig ville øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Samtidig var også en overvekt av de ansatte motiverte for samhandling med kommunehelsetjenesten. I forbindelse med spørreundersøkelsen kom det også frem i *spørsmål 8 d*, at de ansatte hadde særdeles lite kjennskap til den nyopprettede samhandlingsavdelingen i foretaket og hva den kunne bidra med. I tillegg viste 56 % av de ansatte til at støtte fra foretakets stabsavdelinger fungerte dårlig, i *spørsmål 13 i*. Her ville enhetslederen ha nytte av en klargjøring av arbeidsfordelingen i organisasjonen, slik at hun kunne planlegge for støtte fra stab eller samhandlingsavdelingen i forbindelse med at endring planlegges. I forbindelse med endringer av organisasjoner, må ifølge Skjørshammer, betingelser tas på alvor. Som nevnt i forrige kapittel, må både toppledelsen og jeg som enhetsleder, utfordres på å skulle «operasjonalisere nye begrep» for ansatte. I *spørsmål 13 f* skulle de ansatte svare på om fag- og kompetanseutvikling i egen enhet var forankret i overordnede mål. 27 % av ansatte svarer *ingen mening* og 23 % svarer at *det fungerer dårlig* eller *nokså dårlig*, mens 28 % av de ansatte svarer at *det fungerer godt*. Så mange som 67 % svarer at prioritering av fagutvikling hos overordnet ledelse i HNR (daværende) *fungerer dårlig*, men til tross for det er de ansatte ganske fornøyd med faglig ledelse i egen enhet. Disse data gir ikke inntrykk av at fagutvikling er særlig godt forankret hos øverste ledelse. Ved å analysere denne konteksten, ser jeg som enhetsleder at det på kort sikt er viktig å ta grep i form av «meningsskapende arbeid».

Kortsiktig planlegging er innenfor helsetjenesten særlig knyttet til pasientflyt i form av innleggelser, konsultasjoner i poliklinikk, sekvensering av behandlingstiltak og oppfølging. Uten å gå mer detaljert inn i beskrivelsene av den kortsiktige planleggingen, vil enhetslederens ansvar her bestå i sikring av ressurser i form av personale, arbeidsplaner, sikring av utstyr og medisiner (innkjøp), budsjettplaner og økonomistyring

(Skjørshammer 2009). En kan tenke seg at det her kun er snakk om planlegging av selve pasientbehandlingen, men Orvik (2004) beskriver at teorien om kontinuerlig forbedring har stått sentralt i Helsetilsynets satsing på kvalitetsutvikling.

Det sentrale poenget i teorien er at profesjonell fagkunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å få til forbedringer. I tillegg er det nødvendig med forbedringskunnskap. I praksis betyr det at en først skal utføre oppdraget (pasientbehandlingen) for deretter å bidra til å *forbedre* pasientbehandlingen. *Forbedringskunnskap* er kunnskap om den måten som forbedring skjer på og handler i større grad om hvordan forbedring kan skje innenfor et organisatorisk system. (ibid). Her er rammefaktorperspektivet tydelig og forbedringskunnskapen bygger på en systemorientert organisasjonsforståelse. Orvik forklarer at det er viktig å se det organisatoriske systemet; det påvirker og blir påvirket, og det omgir pasienter og personale.

Kontinuerlig forbedring kalles «de små trinns metode» (inkrementell). Videre er det slik at kontinuerlig forbedring forutsetter en sammenknytting av de to utfyllende kunnskapsformene, profesjonell fagkunnskap og forbedringskunnskap (ibid).

Kontinuerlig forbedring er:

- De små trinns metode – en inkrementell (trinnvis) endringsstrategi
- Å forbedre det vi gjør, ikke å drive med forbedring
- Ikke et tillegg til jobben, men en del av jobben til en fagperson
- Noe som angår både fagpersonale, faglige og administrative ledere
- En synliggjøring av kjerneprosesser og støtteprosesser i helseorganisasjonen
- Et bidrag til å fremme prosessforståelse blant helsearbeidere

Forbedringskunnskap består av fire elementer; kunnskap om system, variasjon, psykologi og i tillegg kunnskapsteori. I den profesjonelle fagkunnskapen inngår spesialitet, fag og verdier (ibid).

Orvik sier det er viktig å ha *kunnskap om system*; organisasjonskompetanse slik at en kan forstå arbeidet i helsetjenesten som et produksjonssystem, jfr. systemteori i forrige kapittel. For å forstå prosessen er de tre viktigste spørsmålene en stiller: *Hvordan skaper vi det vi skaper? Hvorfor skaper vi det vi skaper? Og hvordan forbereder vi det vi skaper?* Her handler det om kjerneprosesser og støtteprosesser. Som understreket i forrige kapittel, handler det om å tydeliggjøre målet med virksomheten; hva er for eksempel

samfunnsoppdraget med samhandlingsreformen og hva skal vi bidra med i form av delmål eller verdier, i egen enhet eller på tvers av nivå. Kan vi bidra til dette med velorganiserte behandlings- og arbeidsprosesser?

I spørsmålet som omhandler forbedring, kan vi for eksempel velge å rette oppmerksomheten mot forbedringsområdene i pasientforløpet. Spørsmålene vil gi oss kunnskap om tjenesteproduksjonen på tvers av organisasjonen, og prosessforståelsen gjør at skillet mellom enheter i organisasjonen blir mindre viktig. Når det skal samarbeides om pasientforløp på tvers av organisasjoner, vil det handle om større utfordringer enn om forbedringen som enhetslederen ser i egen enhet eller på egen avdeling (ibid).

Kunnskap om *variasjon* er også nødvendig. Det kan bidra til for eksempel å oppdage utilsiktet variasjon. Kunnskap om slik variasjon, for eksempel at oppgaver utføres forskjellig i tilnærmet samme sak, kan gi grunnlag for kontinuerlige forbedringstiltak, sier Orvik (2004). Det er her viktig at det er forhold som det lar seg gjøre å forbedre.

Videre beskriver Orvik at det er nødvendig å ha *kunnskap om arbeids- og endringspsykologi*. Begrensninger eller betingelser som påvirker resultatet kan for eksempel være frykt for å gjøre feil og motstand mot endring. Frykt for feil kan i en periode skape risiko i organisasjonen; ved motstand kan endringen utebli.

Kunnskap om forbedringer er også nødvendig fordi kontinuerlig forbedring gir muligheter for kunnskapsutvikling og læring. Poenget her er at en sammenknytning av teori og praksis gjør det mulig både å utvikle ny kunnskap og å lære. En anerkjent endringsmetode er *Demings sirkel*, og den inneholder elementene: *plan, do, chek og act (PDCA)*; *kvalitetsprosessen* (ibid).

Som tidligere nevnt beskriver systemteorien at enhetslederen må ta hensyn til betingelser eller begrensninger i omgivelsene når tiltak skal planlegges, og en slik begrensning kan for eksempel være de ansattes *kompetanse*. I forrige kapittel kom jeg i forbindelse med analysen fram til at sykepleierne, og kanskje spesielt spesialsykepleierne, som profesjon, kunne utgjøre en «drivkraft» i samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Orvik (2004) beskriver samhandlingskompetanse som forskjellig fra profesjonell kompetanse. En kan kanskje tenke seg at sykepleierne som har fokus på *hele mennesket* i sin profesjonsutdanning (Vike 2003), allerede har slik kompetanse.

Kvalitetsforbedringsprosjektet helhetlige standardiserte pasientforløp mellom nivåene i helsetjenesten er godt i gang. Slik jeg ser det, kan verktøyet standardiserte pasientforløp,

om det det blir benyttet riktig, ikke bare være til nytte for helsepersonell, men også bidra med informasjon til pasienter, skaffe bedre oversikt for studenter og nyansatte, synliggjøre områder for forskning, osv. Likevel – en slik helhetlig plan mellom 1. og 2.-linjetjenesten skal etableres, evalueres og vedlikeholdes i takt med utvikling; det er et ressurskrevende prosjekt for ledere og ansatte, og vi vet alle at idet vi prioriterer «noe», da prioriteres «noe annet» bort. For meg som enhetsleder vil alltid det tilbakevendende spørsmålet være: Er verktøyet nyttig for pasientbehandlingen? Fungerer pasientforløpet som et godt nok verktøy i pasientbehandlingen. Vil vi etter hvert oppleve færre «brudd»? Arbeid med pasientforløpene pågår kontinuerlig (inkrementell endring) og inngår således i en ramme av langtidsplanlegging i organisasjonenes virksomhetsplanlegging. I tråd med svarene fra analysen i forrige kapittel vil jeg i min langtidsstrategi for endring supplere kvalitetsforbedringsprosjektet *pasientforløp* med organisasjonsutvikling (OU) der fokuset er å forbedre samhandlingskompetansen for om mulig på øke «drivkraften» i ulike samhandlingsaktiviteter. I forbindelse med slik OU mener jeg det for enhetslederen er viktig å skape handlingsrom med tid og ressurser og sammen med de ansatte legge til rette for ulike arena der den ønskede samhandlingsaktivitet kan foregå; for eksempel tverrfaglig veiledning på tvers av nivå, Lærings- og mestringsaktivitet, sykepleiere som rollemodeller i samhandling, omtale de «riktige» forløpene, etc. Ved «å gjøre noe sammen», kan samhandlingskompetansen vokse.

Endring krever ledelse, sier Sørås (2007). En av de mest abstrakte definisjonene av ledelse – og en som dermed viser størst respekt for begrepet – er «grenseregulering» (Sørhaug 1996), sier Einar Aadland (2004). «Ledelse dreier seg om å kontrollere forholdet mellom innsiden og utsiden av en organisatorisk enhet» (ibid). Her fremheves kontrollaspektet av ledelse, og en kan stå i fare for å utelate motiverende, innoverende, tilretteleggende og visjonsskapende ledervirksomhet. Aadland mener at dersom ledelse er et åpent begrep inntil det får bruksinnhold i gitte situasjoner, vil det være avgjørende hvilke støtteord eller eksempelfortellinger som benyttes for å sirkle det inn. Støtteordene må hentes fra den aktuelle samtiden for at det skal være til nytte. De bør tangere både den nåtidige samfunnsdiskursen og hverdagslige trivialiteter siden ledelse alltid vil ligge i spennet mellom makro- og mikronivå. Ledelse inkluderer alt fra langsiktig strategiutvikling, å si ja eller nei, og til «å gå omkring». Begrepet må tydeliggjøres gjennom rasjonelle kategorier, men også emosjonelle, relasjonelle, kontekstuelle, symbolske og verdiorienterte dimensjoner er viktige deler i begrepet ledelse. Einar Aadland mener at de to viktigste støtteordene for å forstå innholdet i begrepet ledelse er moral og kontekst. Moral handler

om hva som er rett og galt i ulike situasjoner, og kontekst handler om alt som befinner seg omkring organisasjonen og lederen – samfunnsstrukturer, kulturelle normer og verdier, klienter, storsamfunn og lokalmiljø (Aadland 2004).

I verdibasert ledelse er du bevisst hvilke verdier du har som mål å skape i helsetjenesten; dersom samhandling skal «løftes frem» i organisasjonen og samhandlingskompetanse er verktøyet, da bør enhetslederen gjøre det synlig for sine ansatte ved å bruke effekter som for eksempel inspirerende appell, formidle entusiasme og verdier, involvering, peke på fordeler for medarbeideren selv, positive samarbeidsstrategier som kan være: Gi støtte og peke på dyktighet (plussfokus). Atferd som pågåenhet og press, allianser for å bruke andre for å presse, overtale, overbevise vil ha negativ effekt i forhold til målforpliktelsen (Linda Lai 2012).

http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Prosjekter/Saman_om_ein_betre_kommune/Linda_Lai_nettsamling_16022012.pdf

Lai (2012) sier at lederen må ta rollen som kompetanskatalysator på alvor og innta rollen som motivator og planlegger. Lai forklarer at det handler om å ha fokus på *metakompetanse*, som er kompetanse om kompetansen. Det handler om utvikling av holdninger og atferdsmønstre som bidrar til motivasjon, innsats og verdiskapning. En skal utvikle ferdigheter i å gjøre andre gode.

Endring gir mening når det bidrar til forbedring av pasientopplevd eller organisatorisk kvalitet. Hvis ikke, er en endring bortkastet, sier Orvik (2004). Det er skapt en merverdi når endringen har bidratt til faglig forsvarlighet og til å realisere visjonen om god praksis.

4.4.4 Erkjennelse

Økende faglig spesialisering og oppdeling av kunnskapsområder har resultert i en tiltakende båndknytning og en fragmentarisk virkelighetsforståelse. Dette kan være særdeles vanskelig å håndtere der samarbeid på tvers av fag, profesjoner, organisatoriske enheter, og andre institusjoner er nødvendig for å realisere virksomhetens målsetting (Skjørshanner 2009). I systemteorien fremheves som tidligere beskrevet, betydningen av kontekst, sirkulær årsakstenkning, helhetsforståelse og syntese i forbindelse med planlegging. I mange sammenhenger er det like uheldig å planlegge for mye som for lite. Særlig i behandlings- og omsorgsorganisasjoner er det grenser for hvor mye av arbeidet som kan automatiseres og gjøres rutinemessig, før det går på bekostning av fleksibilitet og individuell tilpasning til pasientens unike behov og forventninger. Helsearbeidernes evne til

å analysere og vurdere, kan også være like viktig for et godt resultat, som det å følge planleggingsrutiner. Skjørshammer (2009) påpeker at i helseorganisasjoner er er tillitsforholdet mellom aktørene – det være seg forholdet kolleger imellom, mellom ansatte og pasienter eller mellom ansatte og pårørende – vel så viktig for et godt resultat som rutiner og prosedyrer. Et for lavt planleggingsnivå vil imidlertid ha negativ innvirkning på tillitsforholdet og undergrave det.

Dette betyr at jeg som leder erkjenner at planleggingsfunksjonen i ledelse er viktig, men det gir meg også styrket tro på at planlegging av aktiviteter må balanseres mellom det standardiserte og det autonome. Hvor skjæringspunktet mellom for mye og for lite struktur ligger, kan ikke besvares generelt, mener Skjørshammer; det avhenger av konteksten innenfor den enkelte organisasjon eller arbeidsenhet. Samlet sett vil det trolig være den enkelte fagprofesjonelles kompetanse samt arbeidsgruppens samarbeidsevner i samspill med regler, rutiner og prosedyrer som sikrer arbeidet kvalitet.

I systemteorien påpekes det at en står fritt til å velge perspektiv når utfordringer skal drøftes. I denne oppgaven har jeg valgt å ha et mer relasjonelt perspektiv på samhandlingsutfordringen, men da ved å reflektere over om det er behov for som et supplement til det vedtatte instrumentelle verktøyet standardiserte pasientforløp, som er beskrevet i de to foregående kapitlene.

I forbindelse med analyse av data ser jeg blant annet en tendens til at sykepleiergruppen, og da spesielt spesialsykepleiergruppen, oftere tar kontakt med kommunehelsetjenesten enn legene, de er mer motivert til å samhandle mer med kommunehelsetjenesten enn legene, de har større tro på bruk av pasientforløp i helsetjenesten enn legegruppen og de har mer interesse av å benytte Lærings- og mestringssenteret i forbindelse med rehabiliteringstilbud som et tiltak i pasientforløpet. Her kan det se ut som om legenes holdning mer er å «sikre» spesialistbehandlingen.

Disse funnene bidro til at jeg i oppgavens kapittel 4.3 velger å se sykepleiernes interesse eller utførte samhandlinger som en «drivkraft», og dermed går videre med å beskrive begrepet samhandlingskompetanse (Orvik 2004). Min utfordring som enhetsleder blir da å mobilisere, ivareta og utvikle denne «drivkraften» ved å sørge for at jeg som leder sammen med samarbeidspartnere gjør verddivurderinger (Hva skal vi skape?) og bidrar til å skape handlingsrom ved å ta initiativ og legge til rette for situasjoner der samhandling skapes og blir erfart i arbeidsfellesskapet. Dersom en som leder ønsker både å sikre og utvikle et system samtidig, jfr. kapittel 4.3.2 om grenser, sier Skjørshammer, innebærer det kanskje

at en har gradvis forandring (inkrementell) og ikke radikale brudd som sin endringsstrategi.

Litteraturliste

- Andersen, Jon Aarum, and Bengt Abrahamsson. 2009. *Organisasjonsteori: fra argument og motargument til kunnskap*. Oslo: Universitetsforlag.
- Clegg, S. Og Walsh, S.:Soft System Analysis. In Symon, G. & Cassell, C.(eds.): Qualitative methods and analysis in organizational research. London: Sage, 1998.
- Cummings, T.G. 1995. Systems Theory. In Nicholson, N. (ed.): Encyklopaedic Dictionary of Organizational Behaviour. Oxford: Blackwell, 1995.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Forløpsgruppe kreft*.<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Forl%C3%B8psrapporter/Forl%C3%B8psgruppe%209%20-%20Kreft.pdf>
- Grønmo, S. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. St.meld.nr 16 (2011-2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov av 24 juni 2011 nr. 30. *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester*. <http://www.lovdato.no>
- Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (St.meld. nr. 16, 2010 – 2011). Oslo: Departementet.
- Haug, Kjell. Kaarbø, Oddvar. Og Olse, Trond (red).2009. *Et helsevesen uten grenser?* Cappelen akademisk forlag.
- Høst, Tor. 2005. *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Universitetsforlaget.
- Johannessen, Jon-A, Olaisen, Johan. 2007. *Styring av helseforetak*. Fagbokforlaget.
- Lai, Linda. 2012. Foredrag:Thon Hotel, Oslo. 16.febr. 2012. *Strategisk kompetanseplanlegging – hvorfor er det viktig for kommunene?*
- Lov om helseforetak. <http://www.lovdato.no/all/hl-20010615-093.html>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html>
- Lov om spesialisthelsetjeneste. http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-061.html&emne=lov*%20om*%20spesialisthelsetjeneste*&

- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Universitetsforlaget.
- Moxness, P. 1993. *Dyproller, helter, hekser, horer og andre mytologiske roller i organisasjonen*. Forlaget Paul Moxness.
- NOU 1997: 2: *Pasienten først!* Steine-utvalget. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997.
- Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. Ot.prp.nr. 66:7. 2002-2003.
- Oppdragsdokument Helse Nordmøre og Romsdal HF 2010. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2012-10%20vedlegg%20%20styringsdokument%20HNR.pdf>
- Orvik, Arne. 2004. *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig arbeid*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) Lov av 2. juli 1999 nr. 63. *Lov om pasient og brukerrettigheter*. <http://www.lovdata.no>
- Regional kreftplan Helse Midt-Norge RHF 2011 – 2020. http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2012/Horing_kreftplan/Regional%20kreftplan%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%202011-2020.PDF
- Skau, Greta Marie. 2012. *Gode fagfolk vokser*. Cappelen Damm Akademisk
- Skjørshammer, Morten. 2004. *Bedre planlegging i helsesektoren*. HøyskoleForlaget.
- Strauss, A., Fagerhaug, S. Suczek, B. & Wiener, C.: Social organization of medical work.
- Helse og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009).
- Chicago: The University of Chicago Press, 1985.
- Sørhaug, Tian. 1996. *Om ledelse. Om makt og tillit i moderne organisasjoner*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Sørås, Irene. 2007. *Organisasjonsutvikling i sykehus*. Universitetsforlaget.
- Thornquist, Eline. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Vike, Hallvard m.fl. 2003. *Maktens samvittighet*. Gyldendal akademisk.

Wisløffutvalget. NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste.*

Aadland, Einar. (2004). *Den truverdige leiaren.* Samlaget.

Årsrapport. 2011. *Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi.*

<http://www.averoy.kommune.no/Filnedlasting.aspx?Mid1=624&FilId=2150>

Helhetlige pasientforløp for pasienter med kreftsykdom (n= 66)

Undersøkelsen er anonym

Bakgrunnsinformasjon

1. Hvor arbeider du? (sett gjerne flere kryss om det passer)

Sengepost Molde: **30** personer
Poliklinikk Molde: **19** personer
Sengepost Kristiansund: **22** personer
Poliklinikk Kristiansund: **15** personer

14 av Molde-respondentene har kombinerte stillinger, mens det samme gjelder for 9 ansatte i Kristiansund

2. Nåværende stilling

Avdelingssjef eller enhetsleder: **13** personer

Ansatt uten lederfunksjon: **50** personer

3. Utdanningsbakgrunn (antall personer)

18 Sykepleier
12 Sykepleier med spesialisering
7 Lege
15 Lege med spesialistutdanning
7 Annen helsefaglig utdanning på minst 3 år
0 Hjelpepleier el.l.
5 Annet

4. Har du gjennomført noen av følgende videreutdanninger (min 10 studiepoeng)?

(Kan sette flere kryss)

(antall personer)

18 Ledelse
7 Veiledningspedagogikk,
7 KBP, kunnskaps basert praksis,
1 Helsepedagogikk

5. Hvor lenge har du arbeidet ved det sykehuset du nå er tilknyttet? (antall personer)

Under 2 år: **7** Mellom 2 og 5 år: **14** Over 5 år: **42**

6. Har du arbeidet ved andre sykehus enn det du nå er tilknyttet? (antall personer)

Ja, under 2 år: **13** Ja, over 2 år: **25** Nei: **26**

7. Har du arbeidet i kommunehelsetjenesten? (antall personer)

Ja, under 2 år: **14** Ja, over 2 år: **16** Nei: **33**

Pasienter med kreftsykdom

I dag blir ca 55 % av de som behandles for kreft friske av sin sykdom. Enkelte kan leve med sin kreftsykdom i svært mange år.

Behandling gis bl.a. i form av cytostatika, stålebehandling, operasjon, hormonbehandling, transplantasjoner, transfusjoner eller medikamentell behandling. De fleste pasientene er som regel i kontakt med helsetjenester både i egen kommune, i lokalsykehuset og i regionsykehuset i forbindelse med at behandling skal initieres, evalueres, gjennomføres eller oppfølges mht å lindre eller forebygge bivirkninger av behandling.

Helsetjenestens utfordring har i alle år vært og er ennå i dag å sy sammen behandlingsopplegg/"program" og oppfølging på en slik måte at den enkelte kreftpasient opplever å bli ivaretatt på en god måte i et trygt og helhetlig pasientforløp. For fremtiden er det forespeilet at kreftsykdommene vil øke. Med økt satsing på kreftforskning er det også grunn til å tro at den kroniske fasen av sykdommen kan øke i takt med stadig forbedret behandling.

8. Ta stilling til følgende påstander (resultat i prosent n= 63-66) – ett kryss pr linje

Stemmer ikke

Stemmer ganske dårlig

Stemmer noe

Både og

Stemmer svært godt

Ingen mening

<i>I arbeidet med kreftpasienter opplever jeg at</i>	Stem mer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
den interne samordningen i sykehuset fungerer godt (a)	5	11	22	48	5	9
det finnes tjenlige interne prosedyrer for organisering av behandlingen (b)	3	17	23	33	9	14
det finnes tjenlige prosedyrer som regulerer kontakten med kommunehelsetjenesten (c)	14	13	20	27	2	25
Samhandlingsavdelingen i HNR er en viktig bidragsyter (d)	25	13	8	11	3	41
jeg har tilstrekkelig kunnskap om det tilbud som finnes i eget sykehus (e)	6	6	9	42	33	3
samlet sett blir denne pasientgruppen godt ivaretatt gjennom dagens opplegg (f)	0	2	19	43	27	10
sykehusets ambulante team er en viktig bidragsyter (g)	0	0	11	27	47	16
kommunene er generelt sett svært fleksible mht å ta imot dårlige kreftpasienter på kort varsel (h)	19	17	28	17	5	14
utskrivning av dårlige pasienter blir godt forberedt (i)	2	6	25	38	17	13
det er et stort press på å skrive ut kreftpasienter for tidlig (j)	21	25	21	10	5	19

jeg har for liten tid til den enkelte pasient (k)	8	19	13	28	30	3
jeg mottar mange fagspørsmål fra kommunehelsetjenesten (l)	19	27	25	13	11	6
innholdet i dokumentasjon som utveksles mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er presis nok (m)	3	14	34	25	5	19
de fleste pasienter vil velge å motta lindrende behandling på sykehuset fremfor i kommunehelsetjenesten dersom de står fritt til å velge (n)	8	9	22	19	14	28
dagens betalingsordning hemmer samordning mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (o)	6	5	13	6	22	48
det er for lite ressurser satt av til fagutvikling (p)	5	2	17	22	45	9

9. Ta stilling til følgende påstander: (resultat i prosent n= 62-66)

<i>Jeg har tilstrekkelig kunnskap om aktuelle tilbud for kreftpasienter i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	42	17	9	3	6	22
Tingvoll kommune	34	20	11	5	8	22
Kristiansund kommune	25	13	13	14	23	13
Gjemnes kommune	38	19	8	11	5	20
Smøla kommune	41	14	8	10	5	22
Molde kommune	25	16	13	18	11	18
Misund kommune	41	16	9	8	6	20
Eide kommune	30	19	8	16	8	20
Neset kommune	38	16	11	8	6	21

<i>Jeg har god kontakt med helsepersonell om behandling av kreftpasienter i</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	35	11	10	6	8	30
Tingvoll kommune	32	6	14	6	11	30
Kristiansund kommune	27	5	14	16	16	22
Gjemnes kommune	32	8	16	14	2	29
Smøla kommune	37	8	15	7	5	29
Molde kommune	25	11	16	11	10	27
Misund kommune	29	10	16	8	5	33
Eide kommune	25	11	18	11	5	30
Neset kommune	30	8	13	10	5	34

<i>Jeg opplever at døende kreftpasienter vanligvis blir godt ivaretatt i:</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
Averøy kommune	2	0	6	8	13	72
Tingvoll kommune	2	2	8	13	13	64
Kristiansund kommune	2	2	6	16	23	52
Gjemnes kommune	3	0	9	11	13	64
Smøla kommune	3	0	3	16	11	67
Molde kommune	3	5	8	14	14	56
Misund kommune	3	0	10	13	14	60
Eide kommune	2	0	8	16	19	56
Neset kommune	2	0	8	14	14	62

10. Ta stilling til følgende påstander om kommunikasjon m.h.t. behandling av kreftpasienter (resultat i prosent n= 62-66)

<i>Jeg mener følgende forhold hemmer god oppfølging av kreftpasienter:</i>	Virker svært hemmende				Har ingen betydning	Ingen mening
forskjellige IKT-løsninger i sykehus og kommunehelsetjenesten (a)	16	24	14	11	10	25
forskjellige medikamentskjema i sykehus og kommunehelsetjenesten (b)	11	19	16	11	19	24
for lite direkte kommunikasjon mellom ansvarlig lege v/sykehuset og fastlege (c)	22	29	19	5	3	22
tungvinte prosedyrer mht tilgang på journalopplysninger (d)	26	31	11	7	5	21
for lite bruk av egenjournal (e)	8	24	21	5	10	33
for lite bruk av individuell plan (f)	10	15	19	16	7	34
ulik problemforståelse blant fagpersoner (g)	16	24	18	14	6	22
kommunene mangler ordning med personlig koordinator for brukerne (h)	16	16	13	5	3	48

11. Ta stilling til følgende påstander om fagkompetanse og fagutvikling m.h.t. behandling av kreftpasienter (resultat i prosent n= 61-66)

<i>I min enhet er det vanlig at</i>	Stemmer ikke				Stemmer svært godt	Ingen mening
ansattes erfaringer brukes som kunnskapsgrunnlag for endringer i klinisk praksis (a)	2	16	21	37	21	5
ansatte bruker tilstrekkelig tid til	14	13	21	38	10	5

refleksjon over pasientfokus (b)						
forskningsresultater er diskusjonstema (c)	13	24	26	23	11	3
Ansatte utnytter forskning som kunnskapsgrunnlag for prosedyrer (d)	8	15	27	24	18	8
fagkunnskap deles mellom medisinsk og kirurgisk klinikk (e)	16	19	19	16	10	21
fagkunnskap deles mellom sengeposter og poliklinikker (f)	10	13	19	32	15	11
fagkunnskap deles mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten (g)	8	18	31	26	10	8
fagkunnskap deles mellom lokalsykehuset og regionsykehuset (h)	8	16	11	29	19	16
fagkunnskap deles mellom sykehusene i Kristiansund og Molde (i)	22	25	21	5	5	22
tverrfaglig arbeid utføres (j)	2	3	24	27	38	6
ansatte kontinuerlig arbeider med fagutvikling (k)	8	15	31	21	21	3

Åpent spørsmål:

Nevn et eller flere konkrete "tiltak" som du har tro på mht å dele kunnskap med andre enheter?

12. Hvilke tiltak kan bidra til mer helhetlige pasientforløp? (resultat i prosent n= 63-66)

Jeg mener det er en god løsning at::	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
sykehusansatte hospiterer i kommunehelsetjenesten (a)	8	8	14	19	44	8
ansatte i kommunehelsetjenesten hospiterer i sykehusene (b)	2	3	8	16	65	6
ansatte har delt stilling mellom lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten (c)	23	22	20	8	9	17
det etableres fadderordning for nyansatte helsepersonell (d)	3	2	10	30	44	11
en opprettholder "Kreftforeningens R4 – nettverk" (helsepersonell med kreft som spesialkompetanse i aktuelle enheter i sykehuset og i kommunehelsetjenesten) (e)	3	2	9	27	31	28
lærings- og mestringssentret brukes mer aktivt (f)	5	3	14	28	36	14
det etableres flere felles møtearena for	0	5	9	28	48	9

ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten (g)						
det etableres flere felles kurs/konferanser for ansatte i sykehus og i kommunehelsetjenesten (h)	3	2	9	25	58	3
det etableres faglig veiledning i tverrfaglige grupper felles for ansatte i sykehus og kommunehelsetjenesten (i)	0	3	8	32	49	8
det satses på felles opplæringsplan for ansatte på sykehuset og i kommunehelsetjenesten innenfor enkelte områder mht kreftbehandling (j)	0	6	13	22	45	14
en har oppdaterte felles nettsider for alle aktører (k)	3	6	10	27	46	8
en samarbeider tettere med aktuelle forskningsmiljøer (l)	3	3	8	28	44	14
en samarbeider tettere med undervisningsinstitusjoner (m)	3	5	13	32	38	10

13. Ta stilling til følgende påstander om helhetlige pasientforløp (resultat i prosent n= 63-66)

Som ansatt opplever jeg at	Helt uenig				Helt enig	Ingen mening
det er for mye fokus på forhåndsdefinerte pasientforløp (a)	13	20	22	17	3	25
det er urealistiske forventninger til hva som kan oppnås med forhåndsdefinerte pasientforløp (b)	5	13	19	13	13	39
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gi bedre kvalitet på tjenestene (c)	3	11	22	32	13	19
forhåndsdefinerte pasientforløp vil gjøre tjenestene mindre tilpasset den enkeltes behov (d)	6	13	25	19	13	24
motivasjonen for å samarbeide mer med kommunehelsetjenesten er høy (e)	3	6	21	24	29	18
kompetansen mht å utarbeide forhåndsdefinerte pasientforløp er god (f)	6	10	19	16	10	40
etablerte uformelle nettverk er viktigere enn formelle prosedyrer i oppfølgingen av kreftpasienter (g)	13	13	27	16	16	17
stor arbeidsbelastning hindrer meg i å delta i arbeid med pasientforløp (h)	3	11	11	24	32	18

14. Arbeid med fagutvikling, kompetanseutvikling er i første rekke et lederansvar. Sett ut ifra dagens situasjon - hvordan stiller du deg til følgende påstander som berører ledelse av den enheten du arbeider innen? (resultat i prosent n= 62-66)

Jeg mener at:		Fungerer dårlig				Funger godt	Ingen mening
kompetanse- og fagutvikling	a	10	8	40	25	17	0
oppdatering av prosedyrer i EQS	b	24	22	21	16	6	11
administrativ ledelse	c	3	15	34	23	16	10
faglig ledelse	d	3	16	29	24	24	3
Endringsledelse	e	7	16	20	16	7	34
forankring i overordnede mål	f	8	15	21	18	10	27
intern kommunikasjon	g	2	15	29	34	21	0
ekstern kommunikasjon	h	3	26	33	16	16	5
støtte fra foretakets stabsavdelinger i		29	27	16	8	0	19
prioritering av fagutvikling hos overordnet ledelse i HNR	j	41	26	12	15	0	7
rekruttering av nødvendig kompetanse	k	16	26	26	15	3	15

Åpne spørsmål:

Hva er de største utfordringene knyttet til å la kommunene behandle flere og mer krevende kreftpasienter i framtida?

Hvilke områder (her tenker vi ikke bare på kreftpasienter) mener du vil egne seg for et større kommunalt ansvar i tiden framover?